Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentl. in Nummern von mindestens 3—4 Bogen. Preis vierteljährl. 6 ℳ, unter Band nach dem Ausland ℳ 7.50 im Voraus zahlbar. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu addressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustr. 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 46. 15. November 1898

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

45. Jahrgang.

Originalien.

Aus der psychiatrischen Klinik in Göttingen (Geheimrath Meyer.)

Moralische Idiotie.*)

Von Professor Dr. *A. Cramer* in Göttingen.

Meine Herren!

Mein Entschluss, dieses alte und seit Prichard's Namengebung im Jahre 1835 immer wieder discutirte Thema zu berühren, ist durch zweierlei veranlasst.

Erstens dadurch, dass der Begriff der moralischen Idiotie in dem sehr schätzenswerthen und sicher einen grossen Fortschritt bedeutenden Entwurf für ein Schweizer Irrengesetz Eingang gefunden hat[1]).

Zweitens sehe ich mich genöthigt, auf einen Artikel von Forel[4]) zu antworten, welcher sich gegen meine Besprechung[3]) der von Kölle[2]) mitgetheilten Gutachten richtet.

In § 2 des Entwurfes für ein Schweizer Irrengesetz, welcher sich mit der Definition der Geisteskrankheit beschäftigt, heisst es: «Als geisteskrank werden betrachtet, alle Personen, die auch ohne tiefere Störung der Intelligenz, besonders auf Grund abnormer Anlage, an krankhaften Trieben und Neigungen oder tiefen moralischen Defecten leiden» — — «sobald sie in Folge ihres Zustandes nicht im Stande sind, sich selbst zu leiten oder die Rechte der Anderen zu wahren, das heisst zu ihrem Wohle des Schutzes oder der Pflege bedürfen, oder den Anderen einen erheblichen Schaden oder Gefahr bereiten.»

Es kann nach Vorstehendem kein Zweifel darüber bestehen, dass hier die moralische Idiotie gemeint ist. Ob der Entwurf bereits Gesetzeskraft erlangt hat, ist mir nicht bekannt.

Ich hatte in der Kritik der sehr werthvollen Gutachtensammlung von Kölle betont, dass nach meiner Ueberzeugung bei einzelnen der Fälle Freisprechung hätte eintreten müssen, wenn statt der moralischen mehr die ebenfalls vorhandene intellectuelle Schwäche betont worden wäre.

Dazu schreibt Forel[4]) zunächst in einem längeren Passus, dass es sehr auf die Art und Weise ankomme, wie Gutachten abgegeben werden, dass es namentlich bei den Geschworenengerichten mehr darauf ankomme, wie man spreche, als was man spreche und fährt dann fort:

«Um daher die Freisprechung zu erlangen, greift man zu allerlei Mittelchen und Künstchen, indem man sich mit Schlagwörtern hilft, den Werth gewisser, für Laien leicht fassbarer Erscheinungen übertreibt, obwohl sie in That und Wahrheit nebensächlich sind und erreicht somit seinen Zweck auf eine verkünstelte Weise, die an die bekannten Advokatenkniffe in lebhafter Weise erinnert. Die Absicht ist lobenswerth, man will das Recht nach seiner Ueberzeugung erwirken und einen Justizmord verhindern. Dafür aber vergibt man seine wissenschaftliche Würde und dieses rächt sich bitterlich.

Ohne Märtyrer kann die Cultur nicht fortschreiten und es ist besser, dass es einige Märtyrer gibt, als dass das Ganze leidet. Ich erachte es daher nicht nur als wissenschaftlich würdiger, sondern als viel erspriesslicher für den Fortschritt in der Beurtheilung geistig abnormer Verbrecher, wenn wir Irrenärzte unbekümmert darum, ob der einzelne zu begutachtende Mensch davon Nachtheil ziehen kann, rücksichtslos und bis zu Ende unsere wissenschaftliche Ueberzeugung aussprechen.

Mögen auch für einstweilen manche Verurtheilungen von Geisteskranken erfolgen — die Märtyrer — dafür wird die Besserung und Heilung des Schadens um so rascher erfolgen.»

Dass der intellectuelle Schwachsinn in den von Kölle mitgetheilten Gutachten «hie und da» nicht genügend hervorgehoben sei, gibt Forel zu. Er fragt aber dann sofort, was ist Schwachsinn? und verallgemeinert den Begriff bis zur Verschwommenheit, um seine Unbrauchbarkeit zu deduciren, obschon es sich hier nur um den angeborenen, mehr oder minder ausgedehnten Intelligenzdefect handeln kann.

Forel räth also, kurz ausgedrückt, der Lehre von der moralischen Idiotie und der Lehre von geborenen Verbrechern zu Liebe, Märtyrer zu schaffen, damit möglichst bald eine entsprechende Gesetzgebung zu Stande kommt.

Es zeigt uns also auch der 2. Punkt, wie nothwendig es ist, dass wir kurz auf den heutigen Stand der Lehre von der moralischen Idiotie eingehen.

Zuvor nur noch eine kurze Bemerkung zu den vorstehenden Aeusserungen Forel's, die Abgabe von Gutachten betreffend, die mir in ihren Motiven nicht recht verständlich sind.

Die Anschauungen, welche Forel von den Pflichten des Sachverständigen hat, sind zum Theil ganz die meinigen.

Den Sachverständigen geht das Urtheil im gesetzlichen Sinne gar nichts an, er hat nur nach bestem Wissen und Gewissen die Krankheit nachzuweisen oder sie auszuschliessen. Der Richter hat unter Berücksichtigung des Gutachtens des Sachverständigen, aber nur soweit es ihm beliebt, sein Schuldig oder nicht schuldig zu beschliessen und die Strafe abzumessen.

Sein Gutachten gibt der Sachverständige selbstverständlich auf Grund seiner wissenschaftlichen Ueberzeugung ab.

Es ist aber eine grosse Frage, ob ein Sachverständiger es mit seinem besten Wissen und Gewissen vereinigen kann, nur auf Grund theoretischer, nur wenig oder nicht bewiesener Annahme hin ein Gutachten abzugeben, ob der Sachverständige mit seinem Gutachten «Märtyrer» schaffen darf, d. h. ob er ein Gutachten abgeben darf im Sinne einer erst zu schaffenden Gesetzgebung.

Ich glaube, diese Fragen sind unbedingt zu verneinen, denn der Richter kennt und darf bei seiner Urtheilssprechung nur kennen die bestehende Gesetzgebung. Der Sachverständige ist als Berather des Richters berufen und muss sich desshalb ebenfalls auf den Boden des zur Zeit giltigen Strafgesetzbuche

*) Nach einem auf der 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Düsseldorf am 19. September 1898 gehaltenen Vortrage.

[1]) Binswanger: Die Vorarbeiten zu einer schweizerischen Irrengesetzgebung. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1897, p. 134.

[2]) Th. Kölle: Gerichtlich psychiatrische Gutachten. Stuttgart bei Ferdinand Enke, 1896.

[3]) Münchener medic. Wochenschrift. 1897, p. 1201.

[4]) Forel: Zur Beurtheilung der moralischen Idiotie, ebenda, p. 1253.

stellen. Selbstverständlich ist es, dass wenn Jemand einen «Märtyrer» schaffen will, ihm zu diesem Versuche nur seine eigene Person und nicht eine andere zur Verfügung steht.

Auf die ersten Auslassungen Forel's einzugehen, dass es auf die Art und Weise ankomme, wie man das Gutachten abgibt, halte ich nicht für erforderlich.

Die Literatur über die in Rede stehende Frage ist ausserordentlich bekannt, ich will Sie damit nicht aufhalten und nur erwähnen, dass eine ganze Reihe unserer angesehensten Autoren sich mehr oder weniger bestimmt gegen den Begriff einer moralischen Idiotie ausgesprochen haben, ich nenne nur Binswanger, Mendel, Meynert, L. Meyer, Baer, Näcke, Morro, Benedict, Schlöss, Emminghaus, Workmann, Ziehen, Loyd, Berze, Bogdan und neben Anderen, allerdings in etwas bedingter Weise, auch Kahlbaum.

Mehr oder weniger begeistert dafür eingetreten sind namentlich die Ausländer, unter Anderen Hack Tuke, Lombroso, Musso, D'Abundo, bei uns Deutschen Tiling und Andere, in der Schweiz Forel und seine Schule.

Fragen wir nun, wie es kommt, dass bis in die neueste Zeit von bestimmter Seite so hartnäckig an dem Begriff der moralischen Idiotie festgehalten wird, so rührt das nach meiner Ueberzeugung daher, dass die theoretische Grundlage, auf der sich der Begriff der moralischen Idiotie aufbaut, weit entfernt davon, bewiesen zu sein, doch auf den ersten Blick hin ausserordentlich viel Bestechendes hat.

Wir wissen, dass bei allen Menschen, welche geistig erkranken, zunächst die höheren ethischen Vorstellungen schwinden, dass im Laufe der geistigen Entwickelung des Menschen die höheren ethischen Vorstellungen zuletzt, erst nach der Pubertät auftreten, und dass die einzelnen Grade des angeborenen intellectuellen Schwachsinns unmerklich nach der normal entwickelten Intelligenz hinüber führen, dass bei schwerer erblicher Belastung es nur eines leichten Anstosses bedarf, um die geistige Erkrankung hervortreten zu lassen, und dass gelegentlich viele abnorme Züge diese Individuen als belastete charakterisiren. Sollten nach Vorstehendem in solchen Fällen nicht die höheren, ethischen Vorstellungen fehlen können, indem sie entweder gar nicht zur Entwicklung gekommen sind, oder, bevor die Krankheit deutlich hervortrat, bereits als erstes Symptom geschwunden waren?

So ungefähr ist das Resumé, das zur Aufstellung des Begriffes der moralischen Idiotie geführt hat.

Wie stellt sich nun die moralische Idiotie zur Erfahrung des täglichen Lebens?

Dass es Menschen gibt, welche ausserordentlich verkommen und ethisch defect, kurz gesagt, moralische Ungeheuer sind, ist Jedem bekannt, der sich umzusehen versteht.

Derartige hochgradige ethische Defecte, gekennzeichnet namentlich auch durch den Mangel an altruistischem Gefühl, kommen auch bei hoher Intelligenz und ohne eine besonders schwere Belastung, eine sogenannte Entartung vor. Entsprechende Beispiele findet man überall und in jedem Stande. Darunter gibt es Individuen, welche es verstehen, jeden Conflict mit dem Strafgesetzbuch zu vermeiden, und unter Umständen eine angesehene Stellung einnehmen. Nur der, der sie kennt, der einmal mit ihnen zu thun gehabt hat, weiss, dass sie das Gegentheil von dem sind, was sie scheinen wollen.

Wird ein derartiges Individuum schliesslich doch mal gefasst, was selten vorkommt, dann staunt die Welt über die verworfene Schlechtigkeit. Ich erinnere nur an einige bekannte Processe der letzten Zeit, wo der raffinirten Schlechtigkeit auch noch der Deckmantel der Religiosität und Bonhommie in besonders gelungener Weise umgehängt worden war.

Ich glaube aber nicht, dass selbst die Anhänger der Lehre von der moralischen Idiotie in solchen Fällen, wenn sich ausser der «Schlechtigkeit» nichts nachweisen lässt, eine andere Behandlung dieser Individuen verlangen, als die, welche dem Verbrecher im gewöhnlichen Sinne zu Theil wird. Ich sage ausdrücklich nicht «Bestrafung», um mich an Forel und die neocriminalistische Schule anlehnen zu können.

Nehmen wir nun z. B. an, der Entwurf zu einem Schweizer Irrengesetz würde in der vorliegenden Form Gesetzeskraft erlangen, dann würden sich aus dem § 2, Absatz b, eigenthümliche Consequenzen ergeben. Es würden eine ganze Reihe von Menschen als geisteskrank zu bezeichnen sein, bei welchen wir heute froh sind, wenn wir sie endlich einmal fassen können. Eine Verfolgung wegen unlauteren Wettbewerbes dürfte kaum noch möglich sein.

In welcher Weise die Vertheidigung bei jedem vorkommenden Falle von der moralischen Idiotie Gebrauch machen wird, lässt sich daraus ermessen, wenn man sich daran erinnert, zu was Allem heute schon der § 51 herhalten muss.

Auch pathologisch-anatomisch sind wir noch weit entfernt, eine moralische Idiotie nachweisen zu können. Wenn ich es auch nach den neueren Käs'schen Untersuchungen für sehr wahrscheinlich halte, dass wir sogar in leichten Fällen von Imbecillität entsprechende Befunde erheben werden, so glaube ich doch, dass uns das für den ethischen Defect nicht gelingen wird. Denn die moralischen Vorstellungen sind das Product eines complicirten associativen Vorgangs, der sich nicht auf eine beschränkte Stelle wird localisiren lassen.

Auf jeden Fall scheint mir das Eine sicher zu sein, dass es für die moralische Idiotie nur ein sicheres klinisches Zeichen gibt, den mehr oder weniger hochgradigen ethischen Defect, und dass die moralische Idiotie dieses klinische Zeichen mit den Geisteskranken, mit moralisch verkommenen Menschen, «Charakterlumpen» und ethisch total entarteten Verbrechern gemeinsam hat.

Von der Geisteskrankheit ist die moralische Idiotie leicht zu trennen — durch die Symptome der geistigen Erkrankung — nicht aber von dem Verbrecher. Wollten wir etwa eine schwer erbliche Belastung und einen bestimmten Grad von Entartung als differenzial-diagnostisches Moment in's Feld führen, so kämen wir auch nicht zum Ziel; denn einmal gibt es hochgradig moralisch und ethisch defecte Menschen, bei denen jede Belastung und Entartung fehlt, und anderseits gibt es mehr oder minder schwer belastete Verbrecher, welche, abgesehen von der einen strafbaren Handlung, welche sie sich zu Schulden kommen liessen, kein Zeichen eines ethischen Defects erkennen lassen, ja es kann, so paradox das klingt, ein Verbrecher aus ethischen Beweggründen, z. B. auf Grund des verletzten Gerechtigkeitsgefühls entstehen.

Wir haben also praktisch keine Möglichkeit, einen Verbrecher, einen schlechten Menschen an sich, von dem moralischen Idioten zu trennen. Daraus ergibt sich mit zwingender Nothwendigkeit ein weiterer Schluss.

Wenn wir die moralische Idiotie als eine Art von Krankheit auffassen wollen, müssen wir das auch mit bestimmten Verbrecherkategorien, ja vielleicht mit dem grössten Theil der Verbrecher thun, namentlich aber mit einem Theil von Verbrechern, welche unsere geringste Sympathie verdienen.

Es ist nicht meine Aufgabe, darüber zu urtheilen, ob dies gerechtfertigt ist; ich halte es auch durchaus nicht für ausgeschlossen, dass es einmal so weit kommt. Vorläufig ist es aber noch nicht so weit und ich kann daher als Resumé für diesen ersten Abschnitt meines Vortrages eine Reichsgerichtsentscheidung aus dem vorigen Jahre anführen, welche sich ganz mit meinen Anschauungen deckt.

«Die neuere Theorie hat das Vorhandensein von Irreseinszuständen angenommen, in denen die logischen Processe ungestört von Statten gehen, die äussere Besonnenheit erhalten ist und Wahnideen und Sinnestäuschungen ganz fehlen, gleichwohl aber die Bedingungen der Zurechnungsfähigkeit geschmälert sind bis zur Aufhebung derselben, insofern das Individuum statt ethisch rechtlicher Motive nur Begriffe der Nützlichkeit und Schädlichkeit zu verwerthen weiss, das Strafgesetz von diesem eigenartigen, inferioren Standpunkt nur als eine Art polizeiliche Vorschrift zu beurtheilen vermag und bei diesem sittlichen und intellectuellen Defecte mehr oder weniger widerstandslos seinen egoistischen unsittlichen Antrieben preisgegeben ist. Ob diese Theorie vom moralischen Irresein «Moral insanity» für eine spätere Gesetzgebung verwerthet werden kann, muss hier ungeprüft bleiben. Soviel ist indessen klar, dass nach den dem deutschen Strafgesetzbuch zu Grunde liegenden Anschauungen durch den von der Theorie ein-

genommenen Mangel jeglichen moralischen Haltes die Zurechnungsfähigkeit nur dann für ausgeschlossen gelten kann, wenn der Mangel aus krankhafter Störung nachzuweisen ist.»[5])

Es gibt also der heutigen Gesetzgebung entsprechend nur dann eine moralische Idiotie, wenn die zu Tage tretenden ethischen Defecte nachweisbar durch krankhafte Vorgänge veranlasst sind.

Es macht also auch die moralische Idiotie heutzutage keine Ausnahme von der Regel, dass die Krankheit nachgewiesen werden muss.

Ist nun eine Aenderung der bestehenden Gesetzgebung im Sinne der Theorie von der moralischen Idiotie so dringend erforderlich, wie es die philanthropisch begeisterten Anhänger der Theorie wünschen, ist die gegenwärtige Rechtsprechung auf Grund des bestehenden Strafgesetzes in vielen Fällen eine Grausamkeit?

Ich hoffe den Nachweis führen zu können, dass diese Fragen mit gutem Gewissen vorläufig verneint werden können.

Zunächst ist sicher, dass eine ganze Reihe von Fällen, welche von den überzeugten Anhängern der Theorie für moralisch irrsinnig erklärt werden, geisteskrank sind.

Der Defect in ethischer Beziehung ist den Anhängern der Theorie die Hauptsache, a potiori fiat denominatio, daher die Diagnose. Dass dem wirklich so ist, lehrt ein Blick in die Literatur. So berichtete Funajoli[6]) über einen Fall von primärer Paranoia, bei dem die Diagnose auf moralische Idiotie gestellt worden war. D'Abundo's[7]) Beobachtung betrifft einen Fall von Schwachsinn mit hallucinatorischen Aufregungszuständen. Dass es sich in einzelnen der von Kölle mitgetheilten Gutachten ebenfalls um Schwachsinn handelt, haben wir bereits gesehen. Ich will Sie nicht weiter mit derartigen Beispielen aufhalten, es werden sich wahrscheinlich noch viele finden.

Ferner ist es eine bekannte Thatsache, dass es Geisteskranke gibt, bei denen thatsächlich die moralischen und ethischen Mängel so sehr im Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes stehen, dass man manchmal Mühe hat, die Krankheit zu erkennen; dass in solchen Fällen der Laie nur schwer an diese Krankheit glauben will, sind Erfahrungen, welche wir täglich machen.

Nach meiner Erfahrung sind es besonders der angeborene Schwachsinn, die Epilepsie, die Hysterie und das degenerative Irresein, bei denen gelegentlich moralische Defecte so hervortreten, dass sie das Krankheitsbild beherrschen.

In zweiter Linie kommen in Betracht die chronische Manie, die Folie circulaire, das traumatische Irresein, der Alkoholismus und selten das Vorstadium der Paralyse. Seltener beobachten wir bei Paranoia und den anderen Krankheitsformen die Erscheinung, dass die ethischen Defecte besonders hervortreten.

Die Krankheiten der ersten Gruppe unterscheiden sich insofern von einander, als bei den Schwachsinnsformen der ethische ebenso wie der intellectuelle Defect auf einer gemeinsamen Ursache, einer Entwicklungshemmung des Gehirns beruht, während bei den anderen Formen die ethischen und moralischen Mängel sich erst entwickeln und gelegentlich, wenn auch selten, zu bessern sind. Dagegen ist es eine gemeinschaftliche Eigenschaft dieser Krankheiten, dass die davon befallenen Individuen alle ausserordentlich leicht reizbar sind und sich häufig willenlos jedem Trieb überlassen. Ferner, dass sie an einer mehr oder weniger mangelhaften Reproductionstreue leiden und dadurch mehr oder weniger unbewusst zu falschen Angaben, zum Lügen kommen. Ebenso ist diesen Kranken meistens eine Intoleranz gegen Alkohol eigenthümlich, werden sie zum Trinken verführt, so steigt ihre Reizbarkeit und ihre Haltungslosigkeit in's Ungemessene.

Es sind also die Reizbarkeit und die Haltungslosigkeit, d. h. das willenlose Hingeben an jeden Impuls, pathologische Eigenschaften, d. h. solche, welche durch Krankheit bedingt sind. Und es kann weiter eine pathologische Eigenschaft sein, dass nach Alkoholgenuss diese krankhaften Symptome in's Ungemessene sich steigern.

Unter diesen Verhältnissen ist es begreiflich, dass ohne jeden Zwang auch in den Fällen, und das ist häufig der Fall, wo die erwähnten Krankheiten nur mehr oder weniger leicht markirt sind, sobald ein Affect zu Grunde liegt, oder ein Alkoholgenuss vorausgegangen ist, oder beides combinirt vorkommt, eine Krankheit im Sinne des § 51 des St.-G. angenommen werden kann. Ganz generell lässt sich dies natürlich nicht behaupten, sondern es kommt immer auf den einzelnen Fall an.

Der ethische Defect, mag er auch noch so hervortreten, ist in diesen Fällen nur ein Symptom, weisen wir die Krankheit nach, zu der dies Symptom gehört, dann weiss der Richter, was er zu thun hat, bezeichnen wir ihm aber das Symptom als Krankheit, so steht er vor einer unbekannten Grösse. Der Umstand, dass auch in leichten Fällen, wo man im Zweifel sein kann, ob schon eine ausgesprochene Krankheit vorliegt, bestimmte Symptome die Krankheit erkennen lassen, zeigt uns, dass bei diesen Krankheitsformen in den allermeisten Fällen ohne den Begriff einer moralischen Idiotie auszukommen ist, und zwar ohne dass man seinem Gewissen Zwang anthut und ohne dass man Märtyrer schafft.

Unter welchen Verhältnissen der Schwachsinn an sich als Krankheit im Sinne des § 51 anzusehen ist, darauf brauche ich hier nicht einzugehen, ich will nur kurz erwähnen, dass der Maassstab, mit dem wir die Intelligenz messen, dem Bildungsgang des entsprechenden Individuums entsprechen muss.

Dagegen möchte ich noch kurz auf die Schwachsinnsformen, welche sich nach der Pubertät entwickeln, eingehen, weil sie häufig nicht entsprechend gewürdigt werden. Der genaue Beobachter Kahlbaum[8]) hatte wohl hauptsächlich derartige Fälle und namentlich solche, bei denen neben der intellectuellen Schwäche auch andere psychische Störungen auftreten, im Auge, als er es für falsch erklärte, diese Kranken der moralischen Idiotie zuzurechnen und für sie den Namen Heboidophrenie reservirt haben wollte.

Allerdings will er einen directen Zusammenhang der Heboidophrenie mit der Imbecillität nicht anerkennen. Die Fälle, bei denen das geistige Zurückbleiben in der Pubertät mit psychischen Störungen begleitet ist, brauche ich hier nicht zu behandeln. Dagegen muss ich kurz auf die Fälle eingehen, wo es sich nur um ein Stehenbleiben der Intelligenz auf der Entwicklungsstufe der Pubertät handelt. Die klinischen Kennzeichen dieser Art von Imbecillität können fast mit Sicherheit construirt werden, wenn wir uns erinnern, was an Vorstellungsinhalt hauptsächlich nach der Pubertät erworben wird. Es sind die ethischen und altruistischen Vorstellungen und die Fähigkeit zu complicirteren Schlüssen und Urtheilen. Nicht mehr Furcht vor der Strafe, sondern die eigene Schluss- und Urtheilsfähigkeit und die eigene Selbstbeherrschung sollen dazu treiben, das Gute zu thun und das Böse zu meiden. Es bilden sich also diejenigen höheren Vorstellungen, auf Grund deren wir unseren Lebenszweck erkennen, und verstehen lernen, dass und wofür wir arbeiten müssen, dass wir Pflichten gegen uns und die Gesellschaft haben und dergleichen mehr. Kurz gesagt, die Fähigkeit zu complicirten Urtheilen und Ueberlegungen.

In der That finden wir nun nicht selten bei bisher durchaus normal sich entwickelnden Individuen namentlich männlichen Geschlechts einen Stillstand für immer in der Pubertät. Sie kommen auf dem Gymnasium nicht vorwärts, bleiben ewig in den Flegeljahren und begehen bei jedem Versuch, ihrem Alter entsprechend, sie selbständig handeln zu lassen, die grössten Thorheiten. Ist bei diesen Kranken noch ein oder die andere Fähigkeit erhalten geblieben, so wird der Schwachsinn leicht übersehen und man kann leicht dazu kommen, die ethischen Defecte als die Hauptsache anzusehen. Verständlich sind die Fälle auch pathologisch-

[5]) Amtsrichter Dr. Becker: Die Reichsgerichtsentscheidungen in Strafsachen auf forensisch-psychiatrischem Gebiet. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 55, Heft 2, p. 195.

[6]) Funajoli: Sulla follia morale — un errore di diagnosi. Arch. ital. per le mal. nerv. 1884, XXI, ref. Neurol. Centralbl. 1884, p. 522.

[7]) D'Abundo: Un caso di pazzia morale. Arch. di psich. sciense penali etc. 1889, X, ref. Neurol. Centralbl. 1896, p. 118.

[8]) Kahlbaum: Ueber eine klinische Form des moralischen Irreseins. Neurol. Centralblatt 1884, pag. 476.

Derselbe: Ueber Heboidophrenie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band XLVI, Heft 4.

anatomisch, wenn wir an die Lehre von der Gehirnentwicklung und an das Ergebniss der bereits erwähnten Käs'schen Faseruntersuchung denken.

Wir dürfen uns in einzelnen Fällen auch nicht geniren, Schwachsinn zu diagnosticiren, wenn ein Mensch das Gymnasium durchgemacht hat und vielleicht noch andere Examina bestanden hat. Die meisten Examina lassen sich ja mit einer mechanischen Gedächtnissleistung, wonach insbesondere auch der Fleiss taxirt wird, absolviren.

Ich will sie nicht mit Beispielen aus meiner Erfahrung aufhalten, ich habe die in Betracht kommende Gruppe mit dem nöthigen casuistischen Material in meiner gerichtlichen Psychiatrie beschrieben. Nur auf einen von Köppen[9]) mitgetheilten Fall möchte ich hinweisen, weil ich diesen Fall für besonders charakteristisch und wichtig halte; denn der Kranke Köppen's hatte nicht nur das Abiturientenexamen gemacht, sondern auch wissenschaftliche Aufsätze und daneben ein im «Vorwärts» abgedrucktes Gedicht verfasst.

Schwierigkeiten mit solchen Fällen hat man hauptsächlich dann, wenn sie schon in der Pubertät in Conflict mit dem Strafgesetzbuch kommen und intellectuelle Mängel sich noch nicht deutlich genug nachweisen lassen. Meist findet man aber doch bei genauer Beobachtung eine psychische und körperliche Anomalie, welche die Diagnose erleichtern. Ausserdem ist ja in zweifelhaften Fällen für den Richter die Möglichkeit der bedingten Strafaussetzung gegeben.

Bei der zweiten Gruppe von Fällen wird es nur selten Schwierigkeiten geben. Höchstens bei ganz leichten Fällen von Folie circulaire, bei Fällen von larvirter Folie circulaire, wie die Franzosen sagen, kann die dem ethischen Defecte zu Grunde liegende Krankheit manchmal ebenso wie bei leichter chronischer Manie übersehen werden. Dem exacten Untersucher wird aber die Krankheit namentlich bei Anstaltsbeobachtung kaum entgehen. Dass bei Paralyse hochgradige moralische Perversität die Krankheit einleitet, ohne dass sich ein oder das andere charakteristische Symptom der Krankheit nachweisen lässt, habe ich nur einmal gesehen, und zwar ging in diesem Falle das Auftreten des ethischen Defectes der Paralyse lange Jahre voraus, und ich bin nicht sicher, ob er nicht schon ab origine bestanden hat.

Geht schon aus diesen kurzen Mittheilungen über den ethischen Defect bei Geisteskranken hervor, dass es sich in einer grossen Zahl von Fällen, bei denen die moralische «Defectuosität» im Vordergrund steht, um Geisteskrankheit handelt, so sprechen auch unsere eigene Erfahrung und die Mittheilungen aus der Literatur dafür, dass die Fälle mit starken ethischen Defecten, wo auch nach genauer Untersuchung man im Zweifel sein muss, ob Krankheit vorliegt oder nicht, gar nicht so sehr häufig sind.

Ueberlegen wir weiter, nach dem Vorgange von Mendel, dass in den Fällen, bei denen wir über ein non liquet nicht hinaus kommen, welche mit dem Fortschreiten der psychiatrischen Diagnostik immer noch seltener werden, der Richter stets geneigt ist, mildernde Umstände oder das geringste Strafmaass anzunehmen und erfahren wir weiter, dass bei einem grossen Theil der Vergehen, bei welchen mildernde Umstände nicht zulässig sind, es der Richter in der Hand hat, mit 1 Tag Haft oder 3 Mark zu bestrafen, so werden wir uns sagen müssen, dass die Gefahr eines Justizmordes in den hierher gehörigen zweifelhaften Fällen nur gering ist. Denn gerade die Delicte, bei welchen das Strafminimum verhältnissmässig hoch ist, werden von den sogenannten moralischen Idioten selten begangen. Dagegen ist eine andere Gefahr wie auch bei Einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit unvermeidlich, nämlich die, dass mit Einführung dieser Begriffe in die Gesetzgebung die Zahl der Individuen, welche hierunter fallen, plötzlich enorm ansteigen wird. Bei geringstem Zweifel werden Sachverständige und Richter ohne Weiteres auf moralische Idiotie bezw. geminderte Zurechnungsfähigkeit votiren. Ich glaube, dass auf diesem Wege noch mehr Unrecht geschehen wird, als mit der jetzt bestehenden Gesetzgebung Märtyrer im Sinne von Forel geschaffen werden, indem einmal geistig gesunde Individuen als moralisch idiotisch oder gemindert zurechnungsfähig angesehen werden und ausgesprochene Geisteskranke, wie das Mendel betont, als gemindert zurechnungsfähig verurtheilt werden.

Allerdings ist es richtig, dass für Manchen schon ein Tag Haft einen schweren Schaden in seiner Lebensstellung bedeutet. Vielleicht wäre hier zu helfen, indem man die Möglichkeit der bedingten Strafaussetzung auch auf die Erwachsenen ausdehnt. Es wird dadurch vermieden, dass der Sachverständige einen im Sinne der Gesetzgebung unerwünschten Einfluss auf die Rechtsprechung erlangt. Denn es ist ja auch bei den jugendlichen Verbrechern ganz allein dem Gerichte überlassen, ob es die bedingte Strafaussetzung in Wirksamkeit treten lassen will oder nicht. Auch halte ich es wohl für möglich, dass das Damoklesschwert der unmittelbar drohenden Strafhaft ähnlich wie die Disciplinirung in einer Anstalt für länger oder kürzere Zeit die fehlenden Hemmungen wird ersetzen können.

Nach alledem komme ich zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die moralische Idiotie kommt in foro nur dann in Betracht, wenn die sie veranlassende Krankheit nachgewiesen ist.
2. Die moralische Idiotie ist in der Praxis nur verwendbar, wenn eine Gesetzgebung in deterministischem Sinne vorhanden ist.
3. Ich halte mich nicht für competent, darüber zu urtheilen, ob es zweckmässig ist, eine solche Gesetzgebung einzuführen, glaube aber, dass es noch lange dauern wird, bis alle Schwierigkeiten, welche sich der praktischen Durchführung entgegenstellen, beseitigt sind.
4. Die moralische Idiotie kann bei den verschiedensten Geisteskrankheiten als ein am meisten in die Augen fallender Symptomencomplex vorkommen.
5. Der Nachweis der ethischen und moralischen Perversität allein genügt zum Nachweis der Krankheit nicht.
6. Es kann desshalb, so lange die heutige Gesetzgebung besteht, in foro nicht von einer moralischen Idiotie als Krankheit im Sinne des § 51 St.-G. gesprochen werden. (Reichsgerichtsentscheidung.)
7. Bei dem heutigen Stande der Wissenschaft ist es äusserst schwierig, in praktisch durchführbarer Weise in einer zu schaffenden Gesetzgebung die moralische Idiotie im Sinne der «Neuen» zu berücksichtigen.
8. Es ist nicht statthaft, ein Gutachten im Sinne einer noch zu schaffenden Gesetzgebung abzugeben.
9. Die Fälle mit im Vordergrund stehenden ethischen Defecten, wo man auch nach genauer Untersuchung im Zweifel sein muss, ob Krankheit vorliegt oder nicht, sind selten.
10. Das praktische Bedürfniss, für solche Fälle eine besondere Gesetzgebung zu schaffen, ist nicht so gross, wie es auf den ersten Anblick scheint. Es deckt sich diese Frage ungefähr mit der Frage nach der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Vielleicht könnte die Ausdehnung der bedingten Strafaussetzung auf Erwachsene hier noch Erleichterung verschaffen.
11. Wird der Begriff der moralischen Idiotie heute schon in die Gesetzgebung eingeführt, so wird die Zahl der Individuen, welche in dieses Gebiet fallen, in völlig ungerechtfertigter Weise enorm ansteigen und so nicht Geisteskranke als moralisch irrsinnig betrachtet und ausgesprochene Geisteskranke als moralisch irrsinnig verurtheilt werden.

[9]) Köppen: Casuistische Beiträge zur klinischen und forensischen Beurtheilung des angeborenen Schwachsinns. Charité-Annalen Band 22, pag. 613.

Aus der Universitätskinderklinik zu Heidelberg. Director: Prof. Dr. Vierordt.

Impermeable Aetzstrictur des Oesophagus bei einem 4jährigen Knaben; Heilung durch retrograde Sondirung von einer Gastrostomiewunde aus.*)

Mitgetheilt von Dr. *L. Roemheld*, vormaligem I. Assistenten der Klinik.

Mitte Februar 1896 wurde in der Heidelberger Kinderklinik ein 4jähriger Knabe aufgenommen, dessen Krankengeschichte sowohl vom Standpunkt des inneren Klinikers aus betrachtet als

*) Demonstration des Kranken im naturhist. medicin. Verein zu Heidelberg am 15. Juni d. J.

auch in chirurgischer Beziehung manches Interessante darbietet. Das Kind konnte vor einigen Tagen geheilt entlassen werden.

Es handelte sich bei dem Jungen um eine durch Aetzung entstandene nahezu impermeable Strictur des Oesophagus, die durch retrograde Sondirung von einer Gastrostomiewunde so weit dilatirt wurde, dass der Kranke wieder auf normalem Weg ernährt und die Magenfistel geschlossen werden konnte.

Die bei der Aufnahme erhobene Anamnese ergab Folgendes: Das Kind litt früher, abgesehen von Krämpfen, die es im Alter von 1/4 Jahren überstand, an keiner Krankheit. Etwa 1/2 Jahr vor der Aufnahme verschluckte der Junge eine unbekannte Menge sogen. «kaustische Soda». Lippen und Zungen bluteten danach stark, es trat Erbrechen ein, der Stuhl wurde in den folgenden Tagen dunkel und pechartig. Das Kind vermochte von da an anfangs nur geringe Mengen flüssiger Nahrung zu schlucken, die Aufnahme fester Speisen blieb unmöglich. Der Junge magerte stark ab, erbrach zuletzt fast alles. Die Eltern suchten zunächst Hilfe im Spital zu Karlsruhe, wandten sich aber danach hierher und brachten das Kind in die Luisenheilanstalt.

Hier wurde folgender Befund erhoben.

Es handelte sich um einen seinem Alter entsprechend entwickelten Knaben, der fast zum Skelett abgemagert war. Die Haut war welk, trocken und schlaff. An den Schleimhäuten der Mundhöhle konnten keine von der Verätzung herrührenden Narben gefunden werden. Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Abnormes, insbesondere war das Abdomen nirgends stärker druckempfindlich. Der Stuhl war angehalten, im Urin, dessen Menge und specifisches Gewicht normal waren, fanden sich 2 ‰ einer reducirenden Substanz. Die Gährungs- und die Phenylhydracinprobe fielen positiv aus. Der reducirende Stoff schwand in den nächsten Tagen völlig aus dem Urin und kehrte auch seither, obwohl wiederholt der Nahrung bedeutendere Mengen Zucker beigefügt wurden, nie wieder. Patient vermochte flüssige Nahrung leidlich gut zu schlucken, erbrach dagegen Brei sofort. Gewicht des Kranken bei der Aufnahme 10 kg 100 g. Eine in den nächsten Tagen vorgenommene Sondirung des Oesophagus ergab, dass die dünnste Sonde 20 cm hinter der Zahnreihe einen Widerstand fand und nicht weiter eingeführt werden konnte. Es handelte sich demnach um eine unmittelbar oberhalb der Cardia befindliche, für Sonden anscheinend impermeable Strictur des Oesophagus.

Es wurde zunächst von einer therapeutischen Sondirung Abstand genommen, da einerseits der erste diagnostische Sondirungsversuch mehrere Tage lang anhaltendes Erbrechen hervorgerufen hatte, was bei dem elenden Kräftezustand des Kindes nicht unbedenklich schien, und da anderseits die Ernährung mit flüssiger Nahrung noch leidlich gut vor sich ging, so dass keine directe Indication zu einem unmittelbaren Eingriff vorhanden war.

Das Kind erhielt in der Folgezeit nur flüssige Nahrung; der Schluckakt ging Anfangs noch gut von statten, so dass der Junge sogar an Gewicht zunehmen konnte; doch vermochte er immer nur ganz kleine Mengen Flüssigkeit zu schlucken und erbrach sofort, wenn er einmal einen grösseren Schluck Flüssigkeit zu sich nahm. Breinahrung oder feste Speisen zu schlucken, war gänzlich unmöglich.

Ende April konnte mit einer regelmässigen Sondirung begonnen werden. Grosse Schwierigkeiten machten hierbei einmal die Unbändigkeit des Kindes, und sodann der Umstand, dass jedesmal nach der Sondirung länger dauerndes Erbrechen auftrat, so dass der Kranke in Folge dessen wieder abmagerte und in seinem Kräftezustand immer mehr herunter kam.

Da demnach die Sondirung vom Mund aus wenig Aussicht auf Erfolg bot, schlug Herr Professor Vierordt die Anlegung einer Gastrostomiewunde vor, um von dieser aus retrograd die Strictur erweitern zu können.

Am 9. Juli 1896 wurde in Morphium-Chloroformnarkose von Herrn Professor Lossen die Operation ausgeführt. Bei dem elenden Kräftezustand des Kindes und bei der Kleinheit der Raumverhältnisse wurde darauf verzichtet, eine der neueren Methoden der Gastrostomie, etwa die Witzel'sche oder v. Hacker'sche oder Marwedel'sche zur Anwendung zu bringen. Es wurde vielmehr die einfache zweizeitige Gastrostomie ausgeführt, und zwar wurde die Fistel an einer Stelle angelegt, wo sie der Berechnung nach ziemlich direct der Cardia gegenüberlag.

Der Junge überstand die Operation gut; es bildete sich jedoch in den nächsten Tagen um die Wunde ein leichtes Ekzem, das bei passender Salbenbehandlung und nach Einlegung eines dicken Drainrohres in die Fistel bald wieder schwand.

Die Ernährung geschah in der nächsten Zeit theils vom Mund, theils von der Magenfistel aus; der Kräftezustand des Kindes hob sich von Tag zu Tag mehr. Eine Sondirung bot indessen anfänglich auch noch nach Anlegung der Magenfistel grosse Schwierigkeiten: der Junge schrie immer furchtbar und erbrach nach jedem Sondenversuch wieder Tage lang. Daher konnte auch nicht mit der wünschenswerth gewesenen Schnelligkeit und Energie vorgegangen werden.

Am 14. October 1896 gelang es zum erstenmal, von der Magenwunde aus eine dünne Sonde durch die Strictur durchzuführen. Der Versuch, die Hacker'sche «Sondirung ohne Ende» zur Anwendung zu bringen und eine Dauersonde einzuführen, erschien bei der Unbändigkeit des Knaben absolut unmöglich. So kam es, dass erst im Januar 1897, nachdem der kleine Patient sich allmählich an die Sondirung mehr gewöhnt hatte, raschere Fortschritte gemacht wurden. Es wurde von dieser Zeit an, anfangs fast täglich, später nur noch 3 mal in der Woche, von der Magenwunde aus eine dünne Sonde durch die Strictur hindurch und zum Mund herausgeleitet. An das untere Ende dieser Sonde wurde dann eine conische, eigens hiefür construirte Sonde angebunden und durch Zug an dem zum Mund herauskommenden Ende die conische Sonde täglich weiter eingeführt und so eine immer bedeutendere Dehnung der Strictur bewirkt. Es gelang, nachdem einmal durch diese retrograde Sondirung die Strictur durchgängig geworden war, auch den umgekehrten Weg einzuschlagen und die conische Sonde vom Mund her einzuführen und durch die Magenwunde herauszuleiten. Die letztere Methode erwies sich in der Folge als praktischer, einfacher und führte schneller zum Ziel.

Mitte März 1897 war Patient bereits im Stande, gehacktes Fleisch zu schlucken. Von da an nahm die Dilatirung der Strictur einen raschen Fortgang. Im August konnte der Junge die volle Kost erhalten; die Fütterung von der Gastrostomiewunde aus unterblieb von da an vollständig. Aber auch jetzt noch wurde in jeder Woche mindestens einmal die Sondirung vorgenommen.

Auf diese Art gelang es, eine dem Durchmesser des kindlichen Oesophagus entsprechende Weite der Strictur herbeizuführen.

Theils waren intercurrente Erkrankungen des Knaben, theils Versuche über Magenverdauung, über welche noch an anderer Stelle berichtet werden soll, theils endlich das Bestreben, das erhaltene Resultat der Dilatirung zu sichern, die Veranlassung, von einer zu frühzeitigen Verschliessung der Gastrostomiewunde, die sich inzwischen bedeutend verkleinert hat, Abstand zu nehmen.

Erst am 4. Januar d. J. wurde die Operation von Herrn Professor Lossen vorgenommen. Nach Exstirpation des Narbengewebes und Abtragung der sich vorstülpenden Schleimhaut wurden die Wundflächen durch Seidennähte zur Vereinigung gebracht und der ganze Wunddefect plastisch durch Aufpflanzen eines gedoppelten Hautlappens gedeckt. Da der Junge in den nächsten Tagen stark schrie und presste, brach die Wunde an einer Stelle wieder auf, so dass noch kleinere Nachoperationen nöthig wurden.

Am 5. Juni d. J. konnte das Kind, das 2 1/4 Jahre in der Anstalt gewesen war, geheilt entlassen werden. Regelmässige Sondirung in gewissen Zeitabschnitten wird aber auch für die Zukunft noch nöthig sein.

In der Litteratur sind nur wenige Fälle von retrograder Sondirung des Oesophagus verzeichnet. Die meisten Mittheilungen betreffen Erwachsene, bei denen es sich theils um narbige, theils um carcinomatöse Strieturen gehandelt hat.

1893 hat Krüger eine Zusammenstellung über die bis dahin publicirten 11 Fälle unter Mittheilung eines eigenen Falles aus der Hoffa'schen Privatklinik veröffentlicht. Ich erwähne hier nur diejenigen, bei welchen es sich um Kinder gehandelt hat und bei welchen auch wirklich die Magenwunde später geschlossen werden konnte. Es sind dies die Fälle von Hjart (14jähriges Mädchen, Aetzstrictur durch Lauge, zweizeitige Gastrostomie, retrograde Sondirung mit Zuhilfenahme des constanten Stromes, Schluss

der Fistel nach 4 Monaten), Caponotto (5jähriger Knabe, Aetzstrictur durch Schwefelsäure, zweizeitige Gastrostomie, Sondirung vom Magen aus, Schluss der Fistel nach 1 Monat), Hagenbach (8½jähriges Mädchen, Aetzstrictur, Schwefelsäure, zweizeitige Gastrostomie, Schlucken einer an einem Faden befestigten Schrotkugel, danach Sondirung. Schluss der Fistel nach 5½ Monaten). Dazu kommt noch eine Beobachtung von v. Norden aus der Klinik von Mikulicz, bei welcher allerdings über das Dauerresultat nichts mitgetheilt ist (4jähriger Knabe, Lungenverätzung, Gastrostomie) und ein Fall von v. Hacker. Die Hacker'sche Publication ist einestheils wegen der eingeschlagenen Operationsmethode, anderseits wegen der von dem Autor erörterten therapeutischen Indicationsstellung interessant. Es handelte sich um eine Narbenstrictur des Oesophagus bei einem 7 Jahre alten Kind. Da die Sondirung von dem Mund aus nicht gelang, wurde nach der Hacker'schen Methode die Gastrostomie ausgeführt. Aber auch von der Gastrostomiewunde aus war die Sondirung zuerst unmöglich. v. Hacker musste sich desshalb, 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung, noch dazu entschliessen, die Oesophagotomie externa auszuführen. Erst von der Oesophaguswunde aus gelang es, eine Darmsaite durch die Strictur hindurchzuführen und dann retrograd und durch Sondirung ohne Ende den Narbenring zu dehnen. Oesophagus- und Magenfistel schlossen sich spontan.

Anknüpfend an diesen Fall empfiehlt v. Hacker im Allgemeinen bei tief sitzenden, für Sonden vom Mund aus impermeablen Stricturen temporäre Gastrostomie und Sondirung ohne Ende, eventuell noch mit Zuhilfenahme der Oesophagotomie. Die von Gussenbaur vorgeschlagene Methode der combinirten Oesophagotomie, d. h. die Durchschneidung der Narbenstränge von einer äusseren, zu diesem Zweck angelegten Oesophaguswunde aus, hat nach Hacker nur bei kurzen ringförmigen Stricturen Berechtigung.

Den eben besprochenen Fällen reiht sich der in der Heidelberger Kinderklinik beobachtete an. Er zeigt, dass einfache Gastrostomie und retrograde Sondirung auch schon bei kleinen Kindern zum Ziel führen können. In künftigen Fällen dürfte es sich jedoch vielleicht empfehlen, die temporäre Gastrostomie noch früher auszuführen. Besonders betont sei, dass die Anlegung der Magenfistel gegenüber der Cardia für die Sondirung, insbesondere für die Auffindung des Sondenendes im Magen grosse Vortheile bietet. Bei der Sondirung selbst muss mit der grössten Vorsicht zu Werk gegangen werden.

Literatur:

H. Krüger: Ueber die retrograde Dilatation der Oesophagusstricturen. Münch. med. Wochenschr. 1893, No. 12.
Hjart: Centralbl. für Chirurgie 1886, p. 69.
Caponotto: Ref. im Centralbl. für Chirurgie 1885, p. 443.
Hagenbach: Schweizer Correspondenzblatt, No. 5, 1889.
W. v. Norden: Berl. klin. Wochenschr. 1893, No. 1.
v. Hacker: Wien. klin. Wochenschr. 1894, No. 25.

Die Verwendbarkeit des Thons als antiseptisches und aseptisches Verbandmittel.*)

Von Dr. *Julius Stumpf*, bezirksärztl. Stellvertreter in Werneck.

Bereits vor etwa 2 Jahren machte ich im Aerztlichen Bezirksverein Schweinfurt eine kurze Mittheilung bezüglich der Brauchbarkeit des Thons zu Wundverbänden. Ich bin inzwischen mit meinen Versuchen fortgefahren und nunmehr zu einem derartig günstigen Gesammtresultat gekommen, dass ich es an der Zeit halte, meine Erfahrungen des Näheren mitzutheilen.

Im December 1882 hatte ich Gelegenheit, der gerichtlichen Exhumirung einer bereits über 2 Jahre bestatteten Leiche beizuwohnen. Es handelte sich um eine 25jährige im Puerperium verstorbene Frau; der Verdacht, sie könnte von ihrem Ehemanne mit Arsen vergiftet worden sein, erwies sich nach dem Ergebniss der Untersuchung als grundlos[1]). Umsomehr machte auf mich das bei dieser Section gewonnene Bild einen nachhaltigen Eindruck.

Die Leiche war nämlich ganz überraschend gut erhalten; um nur Einiges zu erwähnen: Die Bauchdecken waren geschlossen und der Darm konnte als ununterbrochener Strang herausgenommen werden; im Uterus liess sich noch die Placentarstelle deutlich erkennen, was im gerichtlichen Protokoll besonders niedergelegt wurde. Ebenso waren die im Sarge vorgefundenen Kleidungsstücke in Bezug auf Farbe und Structur noch zum Erstaunen gut erhalten.

Das Erdreich des betreffenden Friedhofes war natürlich Lehm und zwar in der ganzen Tiefe und man durfte in Rücksicht auf eine unweit vom Friedhofe befindliche mächtige Lehmgrube annehmen, dass auch im Friedhofe die Lehmschicht mehrere Meter in die Tiefe reichte. An dieses Sectionsbild wurde ich nun bei dem in jener Gegend sehr häufigen Passiren von Lehmgruben ebenso häufig erinnert; es drängte sich mir immer häufiger und immer lebhafter die Erwägung auf, es müsse und könne in diesen gewaltigen Thonschichten, bei ihrer homogenen Structur, das organische Leben oder die Möglichkeit zu einem solchen nur äusserst minim sein und es lag dann der Gedanke nahe, es könne oder müsse dem Thon eine besondere zersetzungswidrige Eigenschaft innewohnen, die sich vielleicht auch in der Behandlung von jauchigen Wunden verwerthen liesse.

Einige Jahre später bekam ich bei einem in grosser Dürftigkeit lebenden und auch in Bezug auf Pflege äusserst vernachlässigten Manne ein ausgedehntes Unterschenkelgeschwür zur Behandlung. Der Mann verbreitete im ganzen Hause und sogar in der Nähe des letzteren einen aashaften Geruch; die Geschwüre waren von grosser Ausdehnung und an 2 Stellen lag die Tibia völlig frei, kurz, ich glaubte dem armen Patienten, der schon Jahre lang mit der Affection zu thun hatte und seit Monaten an sein armseliges Lager gefesselt war, die Amputation des Unterschenkels vorschlagen zu müssen. Da der Kranke darauf nicht einging, so empfahl ich den Angehörigen, sie sollten das kranke Glied, das bisher mit schmutzigen Lappen bedeckt war, mit getrocknetem und dann fein verriebenem Lehm bestreuen. Der Erfolg war insoferne sehr überraschend, als zunächst der üble Geruch sofort beseitigt war. Auch im Uebrigen wurde mit dieser Behandlung ein Erfolg erzielt, wie er bei der Ausdehnung der Affection überhaupt nur erwartet werden konnte. Ich hielt mir von da ab stets gepulverten Lehm vorräthig, um ihn gelegentlich bei jauchigen Geschwüren zu verwenden. Alsbald — vor etwa 12 Jahren — kam ich zufällig darauf, dass mir der Thon in einer meinen Zwecken besonders entsprechenden Form in den Apotheken zur Verfügung stand, und habe von da ab von Argilla oder Bolus alba, diesem handlichen, geruchlosen und dabei so überaus billigen Pulver immer häufigeren Gebrauch gemacht, habe es bei dem so häufigen Kopfekzem und bei Pemphigus der kleinen Kinder, besonders aber auch bei oberflächlichen Geschwüren, bei trägen Granulationen, überhaupt bei den in der Landpraxis so häufig vernachlässigten Hautverletzungen der Extremitäten angewendet und musste mit der heilenden und austrocknenden Wirkung fast immer sehr zufrieden sein. Einen auffallenden Erfolg, der mich zu weiteren Versuchen besonders anspornte, erzielte ich in folgendem Falle:

Am 28. December 1896 wurde einem jungen Bauern durch Zerspringen eines alten Gewehres die linke Hand völlig zerrissen. Der Versuch, einige Finger zu erhalten, führte zu schwerer septischer Phlegmone des Vorderarms; am 3. Januar Amputation im Handgelenk ohne Naht; am 7. Januar Incision septischer Abscesse am Vorderarm; darauf Rückgang der Phlegmone; am 17. Januar band ich über die stark eiternde Amputationsfläche etwa eine Hand voll Argilla und nach 2 Tagen zeigte sich beim Verbandwechsel die Haut in dicke, wulstige Falten über der Amputationsfläche zusammengezogen; von Eiter keine Spur mehr; die völlige Heilung erfolgte ganz unglaublich rasch.

Von da ab nun begann ich, anfänglich freilich sehr schüchtern, frische Wunden, und besonders frisch genähte Wunden, mit Argilla zu bestreuen. Nach möglichst exacter Desinfection und Blutstillung wurde die Wunde genäht, nochmals gut mit Watte abgetupft und dann reichlich mit Argilla bestreut oder vielmehr, es wurde das Pulver aus einer Schachtel aufgeschüttet. Auf das Pulver kam dann ein Gazeläppchen, das durch einige Bindentouren befestigt wurde. Dies war der einzige Verband, der bis zur Entfernung der Nähte liegen blieb.

*) Nach einem im Aerztlichen Bezirksverein Schweinfurt am 5. October l. J. gehaltenen Vortrag.

[1]) Hingegen war die zweite Frau thatsächlich von dem Manne vergiftet worden.

Was nun die Verwendung der Argilla bei antiseptisch behandelten und genähten Wunden anlangt, so möchte ich Folgendes bemerken: Man muss heutzutage in der Zeit der antiseptischen und aseptischen Wundbehandlung bei genähten Wunden von vorneherein die Heilung per primam erwarten; wenn man diese letztere auch beim Aufstreuen von Argilla oder irgend welchen anderen Pulvers erhält, so würde dies höchstens beweisen, dass diese Mittel nicht besser und nicht schlechter als die anderen bisher gebrauchten Verbandmittel sind. Und doch muss ich betonen, dass ich eine so ideale Verheilung von genähten Wunden denn doch vor der Anwendung von Argilla einfach noch nicht gesehen habe. Wenn man nach 4 bis 5 Tagen den Verband abnimmt und das Pulver wegbläst oder mit einem Haarpinsel wegbürstet, so ist man erstaunt über die so absolut reactionslose Beschaffenheit der Wunde. Man spricht noch ganz gut von einer prima intentio, wenn auch bei Entfernung der Nähte die Wundränder bei Druck ein wenig empfindlich sind oder wenn sich hie und da aus einem Stichcanal eine Spur eitriges Sekret ausdrücken lässt; aber all' diese geringfügigen Wundreactionen scheinen bei Bestreuung mit Argilla überhaupt nicht vorzukommen. Die mit der Scheere durchtrennten Suturen folgen der Pincette wie von selbst, sie sind mit den Stichcanälen gar nicht verklebt, wie man es doch sonst anzutreffen wenigstens nicht überrascht ist. Dieser vorzügliche Wundverlauf wurde nicht etwa nur da erzielt, wo die Wunden mit dem Messer gesetzt waren, z. B. bei Entfernung von Atheromen, sondern besonders auch bei grossen, unregelmässigen, gequetschten Hautwunden, die z. B. durch herabgefallene Steine entstanden waren.

In den letzten 6 Monaten ging ich nun noch weiter und habe Argilla bei frischen Wunden, wo eine Deckung durch Naht ausgeschlossen war, verwendet.

Von den hier in Frage kommenden Fällen seien nun einige erwähnt. Einem jungen Maurer war durch einen schweren Stein ein Fingernagel völlig abgequetscht worden; der Nagel hing in toto vom Finger weg, mit dem letzteren nur durch einige Bindegewebsfäden verbunden. Ich entfernte den Nagel mit der Scheere und wickelte den Finger ohne jede weitere Desinfection — der Arbeiter war direct nach dem Unfall zu mir gekommen — in ein dick mit Argilla bestreutes Gazeläppchen; diese Manipulation wurde von dem Arbeiter täglich wiederholt, ohne irgend welches Abspülen mit desinficirenden Lösungen, und dabei wurde die Nagelbildung eine so vollständige, dass sich der abgeheilte Finger von den übrigen durchaus nicht unterscheidet. Ich betone noch besonders, dass der Arbeiter trotz seines schweren und unsauberen Gewerbes keinen Tag arbeitsunfähig war.

Des Weiteren handelte es sich um 2 Fälle von Maschinenamputation der Finger. Es hat mir in solchen Fällen immer widerstrebt, die betreffenden Finger im knöchernen Theile noch weiter zu kürzen, um zur Deckung Haut zu erhalten, und habe ich solche Finger unter dem antiseptischen Verbande stets per granulationem heilen lassen, obwohl sich die Heilung, besonders bei Kindern der Landbevölkerung, wo eine Vernachlässigung und Verunreinigung der Wunde recht häufig ist, ziemlich umständlich gestaltet.

In 2 vor wenigen Wochen zur Behandlung gekommenen derartigen Fällen gestaltete sich nunmehr die Behandlung äusserst einfach, die Fingerstumpfe wurden in Argilla getaucht und dann mit Gazeläppchen umwickelt, auf die eine reichliche Portion Argilla aufgeschüttet war. Es war dies meinerseits der erste und zugleich letzte Verband, die Eltern wiederholten das Aufstreuen etwa alle 2 Tage und unter dieser unendlich einfachen Behandlung vollzog sich in relativ kurzer Zeit die Ueberhäutung, ohne dass jemals eine Spur von Secret oder gar Eiter an den Wunden gesehen wurde.

Es hatte sich also die in so hohem Grade austrocknende und jedes Secret resorbirende Wirkung des Thons, eine Eigenschaft, die uns später noch besonders interessiren wird, auch bei diesen allerdings kleinen offenen Wunden bewährt.

Schliesslich muss ich noch einen Falles von Ozaena, nicht specifischen Charakters, erwähnen, bei dem Einblasungen von Argilla mittels eines Pulverbläsers eine wirklich überraschend günstige Wirkung hatten. Dieser Fall liegt schon genau 2 Jahre zurück. Es handelte sich um eine 45jährige Bäuerin, die seit Wochen von einem jauchigem, höchst übelriechenden Ausfluss aus der Nase belästigt wurde. Die Frau machte die bekannten Angaben, dass sie wegen des üblen Geruches von allen Leuten gemieden werde, sie könne nicht mehr in die Kirche, da ihr Alles ausweiche; auch ihren Angehörigen erscheine das Leiden, eben wegen des Geruches, nunmehr unerträglich. Nachdem ich es einige Wochen mit allen möglichen Pinselungen und Einblasungen erfolglos versucht hatte, ging ich zu täglichen Einblasungen von Argilla über und der Erfolg war, zunächst in Bezug auf Geruch und Ausfluss, ein geradezu verblüffender. Die anfänglich täglichen Einblasungen wurden immer seltener nothwendig und sind schon seit bald einem Jahre ganz entbehrlich geworden; ich habe die Patientin in letzterer Zeit wiederholt besucht und musste nunmehr eine völlige Heilung constatiren.

Nachdem ich nun in den letzten Monaten bei ganz frischen, zur Vereinigung durch die Naht ungeeigneten Wunden mit der Thonbehandlung ein gleich günstiges Resultat erzielt hatte wie vorher bei eiternden Wunden, und nachdem ich auch hier, bei den frischen Wunden, die so eminent austrocknende Eigenschaft beobachten konnte, interessirte mich lebhaft die Frage, welche Veränderung wohl todtes thierisches Gewebe, z. B. Drüsensubstanz, Fleisch etc. bei entsprechender Einlagerung in Argilla erfahren würde.

Bereits gelegentlich meines Vortrages konnte ich den Collegen ein Stückchen Kalbsleber vorzeigen, das kaum 48 Stunden in etwa einer starken Hand voll Thon eingebettet lag und schon zu einem lederartigem Gebilde eingetrocknet war.

Ich habe nun inzwischen, im Laufe der letzten Wochen, eine Reihe weiterer Versuche angestellt, welche die austrocknende Wirkung des Thonpulvers in einer in hohem Grade überraschenden Weise dargethan haben.[2])

Legt man ein etwa 15 g schweres Stückchen Leber in eine grössere Menge trockenen Thon, sagen wir in ein Cigarrenkästchen voll, so schrumpft das Stückchen von Tag zu Tag immer mehr zusammen, um schon am 5.—7. Tage völlig hart zu werden und in den folgenden Tagen eine fast Siegellack ähnliche Härte anzunehmen; die Schnittfläche ist dann eine völlig glatte und glänzende. Ist das betreffende Leberstückchen etwa aus dem Leberrand genommen, also mit Peritonealüberzug versehen, so ist es interessant zu beobachten, wie sich das Peritoneum bei der fortschreitenden Eintrocknung immer mehr in kleine Fältchen legt und gegen die Pulpafläche zu einrollt. Das mumificirte Gebilde wird schliesslich so hart, dass es bricht.

Das Gleiche bemerkt man bei Fleisch. Ein in etwa 1 bis 2 Liter Thon eingebettetes Stück Rindfleisch von 30 g Gewicht wog nach 2 Tagen nur mehr 23 g und ist nach 10 Tagen zu einem ganz harten Gebilde von nicht mehr 10 g Gewicht zusammengeschrumpft; beim Versuch, das Fleisch zu biegen, bricht es zusammen und es zeigen sich auf der Bruchfläche feinere und gröbere Faserbündel von Muskelgewebe; auf der Bruchfläche sowohl, wie auf der ganz glatten Schnittfläche, erscheint die Farbe des Fleisches als eine schön blassrothe.

Bringt man halberbsengrosse Partikel dieser mumificirten Gebilde, sei es Leber oder Fleisch, in ein mit Wasser gefülltes Reagensglas, so quellen die Theilchen in etwa 12 Stunden derart auf, dass sie das Lumen des Glascylinders völlig ausfüllen.

Ein weiterer hierher gehöriger Versuch ist folgender:

Drückt man sich zwischen den Fingern eine kleine Portion Watte zu einem etwa haselnussgrossen Knäuel zusammen und tränkt es bis zum Ueberschuss mit Wasser, oder mit defibrinirtem Schweineblut, so wird aus diesem feuchten Knäuel, wenn man es in Thon hin- und herwälzt, alsbald eine Art Kugel; diese Kugel nimmt natürlich Anfangs schneller zu, so lange noch freie Flüssigkeit vorhanden ist, und dann allmählich immer langsamer, um nach etwa 15—20 Minuten eine Gewichtszunahme nicht mehr aufzuweisen. Wenn man dann die Kugel zerdrückt, entfällt die Watte, wie der Kern aus einer Nuss, in völlig trockenem Zustande. Die Bruchflächen der Kugelschale zeigen sich dann in der ganzen Dicke mit Feuchtigkeit durchsetzt, sowohl vom Wasser als vom Blut.

Es ist nun selbstverständlich, dass diese Austrocknungsprocesse sich um so rascher vollziehen, je trockener der verwendete Thon selbst ist und in je mehr Pulver man die Gewebstheile einlagert; die Feuchtigkeit schreitet eben von den dem Austrocknungsobject näher gelegenen kleinsten Thontheilchen in Folge der allmählichen Imbibition bis zu den entferntesten.

Diese alle und jede Feuchtigkeit ununterbrochen fortleitende Eigenschaft des Thons erscheint eben auch zum Zwecke der Wundbehandlung als die allerwichtigste, denn wo keine Feuchtigkeit, da keine Bacterienwirkung, da keine entzündliche Reaction. Und weil eben nur im Beginn der Behandlung, sei es ganz frischer, sei es bereits entzündeter oder eiternder Wunden, die Bewältigung grösserer Secretmengen in Betracht kommen kann, so empfiehlt es sich, gerade beim ersten Verbande das Pulver in reichlichstem Ueberschuss anzuwenden, damit sich die Aufsaugungsfähigkeit nicht erschöpft, und ebenso empfiehlt es sich dann, bei

[2]) Bei diesen Versuchen wurde ich in ebenso liebenswürdiger als sachverständiger Weise von Herrn Apotheker L. Götz dahier unterstützt.

grösseren Wunden den ersten Verbandwechsel frühzeitig, etwa nach 24 Stunden und eventuell noch früher, vorzunehmen. Ich füge hier noch bei, dass ich mich zur aseptischen Behandlung frischer Wunden in letzterer Zeit einer Argilla bediene, die in der Apotheke einer Temperatur von ca. 150° ausgesetzt war; der trockene gepulverte Thon ändert ja bekanntlich nicht einmal bei Glühhitze seine Structur.

Es ist mir nun völlig unbekannt, in wieweit speciell in den letzten Decennien, also in der Zeit der Lister'schen Antisepsis, Versuche angestellt oder Vorschläge gemacht worden sind, die Thonerde in reinem Zustande, nicht etwa mit anderen antiseptischen Mitteln vermischt, als antiseptisches und besonders auch als aseptisches Verbandmittel zu verwerthen. Aber nicht unbekannt ist mir geblieben, dass die Argilla oder der Thon überhaupt seit urdenklichen Zeiten in der Wundbehandlung praktische Verwendung gefunden hat. Vor noch nicht einem Jahre, da ich mich angesichts der immer günstigeren Erfahrungen in der Literatur umzusehen begann, entnahm ich zu meiner ebenso grossen als angenehmen Ueberraschung, dass der Thon in früheren Jahrhunderten und besonders im Alterthum in der Wundbehandlung eine grosse Rolle spielte, dass besonders die weisse Erde von Lemnos als Terra Lemnia oder Terra sigillata in grossen Mengen zu Heilzwecken und speciell zur Wundbehandlung nach dem Abendland exportirt wurde, während sie jetzt noch nach Indien verschickt werde. Es darf hier noch angeführt werden, dass im bekannten medicinischen Taschenbuch von Schmitt, in Waldenburg und Simon und besonders in der pharmazeutischen Praxis von Hager des Thons als eines austrocknenden und für Wunden und Geschwüre geeigneten Mittels kurze Erwähnung geschieht.

Ich glaube, dass wir sehr gut thun werden, wenn wir die oben mitgetheilte Uebung der Alten wieder zu der unsrigen machen, und ich schliesse meine Ausführungen mit dem Wunsche, es möchten meine Beobachtungen und Versuche einer vorurtheilsfreien Nachprüfung gewürdigt werden.

Kalomelinjectionen bei Lupus vulgaris.

Von Dr. *Bernstein* in Cassel.

Zu den seitherigen Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris ist neuerdings eine weitere hinzugekommen: die Behandlung mit Kalomelinjectionen in der bei Lues üblichen Form.

Ein definitives Urtheil über den Werth dieser Therapie lassen die bisherigen Veröffentlichungen nicht zu. An Zahl gering, sprechen sie sich zum Theil günstig, zum Theil ungünstig über dieselbe aus. Es liegen mir die in den Monatsheften für praktische Dermatologie darüber erschienenen Referate vor. Nach ihnen hat Dubois Havenith in der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie in Paris über 14 mit Kalomelinjectionen behandelte und völlig geheilte Fälle von tuberculösem Lupus berichtet. Asselbergs-Brüssel hat unter 25 Fällen von Lupus vulgaris 23mal mit Kalomelinjectionen einen Erfolg erzielt. Der Lupus wurde theils ganz zum Schwinden gebracht, theils mehr oder minder merklich verkleinert. Glawscha und Nikolin-Moskau haben bei 5 so behandelten Fällen ein negatives Resultat zu verzeichnen. Pospelow hat ähnliche Erfahrungen gemacht; wenn er auch eine Abnahme des collateralen Oedems beobachten konnte, so blieb der Lupusprocess doch unbeeinflusst. Milan berichtet in der französischen Gesellschaft für Dermatologie über 4 mit negativem Erfolg behandelte Fälle. Du Castel hat in einem Fall sogar eine bedeutende Verschlimmerung gesehen.

Von diesen 7 Autoren äussern sich also 2 in günstigem, 5 in ungünstigem Sinne. Nach der Zahl der Fälle beurtheilt stellt sich die Methode wieder in einem vortheilhafteren Lichte dar: 37mal wurde ein positives, 10mal ein negatives Resultat erzielt.

Zur Klärung der Frage sind weitere Veröffentlichungen daher dringend nothwendig.

Einen von mir mit Kalomelinjectionen behandelten Fall von Lupus vulgaris will ich desswegen hier anfügen. Die Krankengeschichte soll einen breiteren Raum einnehmen, als es der Fall mit Rücksicht auf den Mangel aussergewöhnlicher Verhältnisse verdient. Ich lege auf eine ausführliche Schilderung des Krankheitsbildes desswegen Werth, weil sich der Leser selbst überzeugen soll, dass es sich um einen Lupus vulgaris und nicht etwa um eine luetische Hautaffection handelt.

Die 37jährige Frau W. ist in Cassel geboren. Vater vor 14 Jahren am Typhus abdominalis gestorben, Mutter lebt noch, ist gesund. Patientin ist verheirathet und hat gesunde Kinder. Im Alter von einem Jahre hat Patientin Ohrenlaufen gehabt. Vor der schulpflichtigen Zeit trat in der Gegend der rechten Knies ein nach einjähriger Dauer abheilendes Hautgeschwür auf. Als Schulkind bekam sie auf der rechten Wange Knoten, die, zu Geschwüren zerfallend, während der ganzen Schulzeit bestanden. In ihrem 13. Jahre wurden die Hautgeschwüre in einem Krankenhaus als skrophulöse Hautgeschwüre mit Aetzpasten behandelt. Schon vor dem Aufenthalt im Krankenhaus auf der Aussenseite des linken Nasenflügels sichtbar gewesene und andere daselbst am unteren Rande des r. Augenlides entstandene kleine Knötchen wurden mit in Behandlung gezogen. Nach 1½jährigem Krankenhausaufenthalt war Alles narbig geheilt. Ein halb Jahr später aber kamen schon wieder neue Knötchen auf der Oberlippe zum Vorschein. Nach längerem Bestand derselben sucht Patientin die chirurgische Universitätsklinik zu Marburg auf. Nach halbjähriger kaustischer Behandlung wird Patientin als geheilt entlassen. Ein Vierteljahr darnach neue, auf die Schleimhaut übergreifende Knötchen am Naseneingang links. Nach 1½ Jahren erfolgt die übliche Behandlung derselben. In den nächsten 10 Jahren, bis 1891, wurden an der Patientin ambulatorisch immer wieder Aetzungen und Auskratzungen ohne dauernden Erfolg vorgenommen.

Im Jahre 1891 unterzieht sich Patientin im Krankenhaus einer Injectionscur mit Tuberculin Koch. Nach 10wöchentlicher erfolgloser Cur müssen wieder Auskratzungen stattfinden. 1893, 1896 und 1897 macht sich die gleiche Behandlung nothwendig. Im October 1897 kam Patientin zu mir. Auch ich habe wiederholt Herde ausgekratzt und geätzt.

Ende Mai 1898 wollte Patientin von mir ein Geschwür am linken Nasenloch ausgekratzt haben. Ich befürchtete davon ein Zuwachsen des Nasenloches und da das rechte bereits früher zugewachsen war, so konnte ich mich zu einer Auskratzung nicht verstehen. Ich entschloss mich desswegen zu einer Allgemeinbehandlung mit Kalomelinjectionen.

Der damalige Status war folgender:

Die Haut der rechten und linken Wange, der Oberlippe, der Nase ist vollkommen durch Narbengewebe ersetzt. Die Narben sind zum Theil blass, zum Theil auch geröthet. Die beiden Augenlider befinden sich in Ektropiumstellung, die Nasenspitze wie abgegriffen und bleistiftspitzenartig verjüngt. Das rechte Nasenloch zugewachsen. Auf dem Boden der vernarbten Haut fand sich am linken Nasenloch ein Geschwür von der Grösse eines kleinen 20Pfennigstücks; zwei grössere über dem rechten Jochbogen, eins auf dem Nasenrücken, eins auf der Oberlippe. Daneben fanden sich eine Anzahl kleiner in die Narben eingesprengter Knötchen vor. Auf der linken Glutäalgegend war ausserdem noch ein über Handteller grosser Herd mit auf gerötheter und erhabener Basis sitzenden Knötchen zu sehen.

Das eben geschilderte Krankheitsbild ist so klar, dass eine differentialdiagnostische Erörterung unnöthig ist. Es handelt sich um einen schweren, immer wieder recidivirenden Lupus vulgar., an dem nur bemerkenswerth ist, dass er aus einem Skrophuloderma hervorgegangen zu sein scheint und so einen Zusammenhang bietet, auf den von Neumann zuerst hingewiesen wurde.

Die Mitte Juni d. J. eingeleitete Injectionscur fand in der Weise statt, dass in Zwischenräumen von je 8 Tagen 6 Injectionen à 1 ccm einer Emulsion von Kalomel 1,0 in Ol. oliv. 10,0 gemacht wurden. Während der Cur unterblieb jede Localbehandlung.

Wie war der Erfolg? Nach der 1. und 2. Injection war eine Aenderung nach keiner Richtung hin zu constatiren. Nach der 3. zeigte sich eine deutliche vermehrte Hyperaemisirung der Gesichtspartien. Die bestehenden Geschwüre nahmen an Umfang zu; es bildeten sich einige neue hinzu; im weiteren Verlauf nahmen dieselben jedoch einen rothen Grund an und bei der letzten Injection waren sie schon zum Theil zugeheilt, zum Theil wesentlich verkleinert. Das Geschwür am Naseneingang war — um es besonders zu erwähnen — ohne eine weitere Verengung des Naseneinganges herbeizuführen, geheilt.

Einige Wochen später waren alle Geschwüre verheilt. Was noch bestand, war:

1. Die Hyperaemisirung, 2. eingesprengte Knötchen im Gesicht, 3. der Herd in der Glutäalgegend. Nach weiteren 14 Tagen zeigte sich jedoch auch der letztere in auffallender Weise verändert, der Grund hatte eine schöne hellrothe Farbe angenommen

und die Knötchen waren deutlich flacher geworden. Ende September endlich war der ganze Herd auf 1/3 seiner Grösse zusammengeschrumpft. Die Epidermis der andern 2/3 war blass, glänzend, schilfernd und dünn. Um diese Zeit war auch ein deutlicher Rückgang der Hyperaemie im Gesicht zu constatiren. 4 in die Narben des Gesichts eingesprengte Lupusknötchen konnten aber da noch gefühlt werden. Es ist also eine vollkommene Beseitigung des Lupus bis Ende September noch nicht erzielt.

Das ist aber unzweifelhaft:

Die Kalomelinjectionscur hat diesen Fall von Lupus beeinflusst. Sie hat ihn im günstigen Sinn beeinflusst, indem eine weitgehende Besserung erfolgte.

Die Geschwüre wurden vollständig und am schnellsten zur Heilung gebracht, was übrigens auch Asselbergs in seinen Fällen beobachten konnte. Die lupösen Knötchen zerfielen zum Theil geschwürig, wie im Gesicht, und kamen rasch zur Heilung; zum Theil wurden sie ohne geschwürigen Zerfall, wie an der Glutaealgegend, nach einem längeren Zeitraum zur Resorption gebracht. Der Heilungsprocess ist mit einer Hyperaemisirung der erkrankten Partien und ihrer Umgebung vergesellschaftet.

Ueber einige, sich unwillkürlich im Anschluss an diesen Fall aufdrängende Fragen, wie, ob der Rest des Lupus noch auf die erste oder erst auf eine zweite Injectionscur oder auf keine verschwinden wird, ob nicht eine vollkommene und auch raschere Heilung zu erzielen ist, wenn die Knötchen vor der Cur in Geschwüre umgewandelt werden und drittens, ob die Heilung resp. Besserung eine dauernde ist, darüber kann man sich nur Vermuthungen und zum Theil nicht einmal solchen hingeben. Wie auch die Entscheidung fallen mag, an der Beeinflussungsmöglichkeit gewisser Fälle von Lupus vulgaris im günstigen Sinne durch Kalomel kann man schlechterdings nicht zweifeln. Ob diese Erfahrung zu grösseren praktischen Erfolgen führen wird oder nicht, von theoretischer Bedeutung wird sie werden.

Es wird von nun ab von den verschiedenen Formen der allgemeinen Quecksilberapplicationen wenigstens den Kalomelinjectionen ein differentialdiagnostischer Werth bei der Entscheidung zwischen Lupus und Lues aberkannt werden müssen.

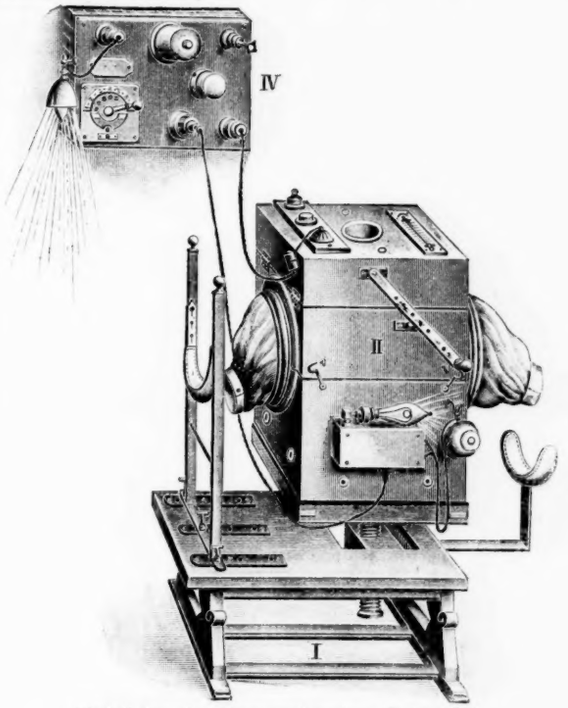
Ein elektrischer Heissluftapparat (Elektrotherm).

Von Dr. *E. Lindemann*, Hamburg-Helgoland.

In No. 42 dieses Blattes finden sich in dem Referat über die 70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte die Worte: «Herr Lindemann-Helgoland demonstrirt einen Tallermann'schen Heissluftapparat (zur Behandlung von chronischem Gelenkrheumatismus, Gicht, Ischias u. s. w.) mit elektrischer Hitzeerzeugung, «Elektrotherm» genannt.» — Hierzu möchte ich berichtigend bemerken, dass der von mir auf der diesjährigen Naturforscherversammlung vorgestellte Heissluftapparat «Elektrotherm» nichts mit dem «Tallermann'schen Apparat» gemein hat, ausser der Idee, erkrankte Glieder local mit trockener heisser Luft zu behandeln. Eine solche locale Heissluftbehandlung ist aber schon vor Tallermann im Jahre 1891 von Clado und später auch von Professor Bier beschrieben und angewandt worden. Was aber den Apparat selbst betrifft, so machte die von mir zuerst dabei angewandte elektrische Erhitzung — mittels Widerstandsdrähten — eine so eigenartige Construction und Bauart des Apparates nothwendig, dass man ihn unmöglich als «Tallermann'schen» bezeichnen kann (s. Fig.).

Der Apparat besteht aus einem massiven Kasten, worin am Grunde der erwähnte elektrische Erhitzer — zur Hälfte bedeckt mit einem Stück Marienglas, um die directe Ausstrahlung zu verhindern — ruht. Die Extremität liegt darüber bequem auf einer gepolsterten Mulde und kann mittels elektrischer Beleuchtung im Kasten durch ein Deckelfenster während der Behandlung beobachtet werden. Die Temperatur im Kasten lässt sich auf das Genaueste durch den auf ein Schaltbrett montirten Rheostat reguliren, resp. in gewünschter Höhe constant erhalten und ist bei Vollstrom in 5 Min. ca. 60—70° C., in 15 Min. ca. 120° C. im Kasten. Das Schaltbrett wird durch Drähte mit der elektrischen Centrale des betr. Krankenhauses, Sanatoriums etc. verbunden.

Die Vorzüge dieser «elektrischen» Erhitzung im «Elektrotherm» für das Heissluftverfahren bestehen in absoluter Trockenheit, Reinheit der heissen Luft und sicherer Regulirbarkeit der Temperatur im Behandlungskasten, in einer Vorrichtung zum Selbstreguliren durch den Patienten, in dem Ausschluss jeglicher Feuers- und Verbrennungsgefahr, sowie der Einrichtung, die es ermöglicht, das erkrankte Glied genau während der Behandlung beobachten zu können.[1])



Modell für die obere und untere Extremität.
(Für Schulter und Hüfte sind besondere Modelle gefertigt.)

I Hölzerner Untersatz mit Arm- und Beinstützen, sowie Drehschraube zum Verstellen für Arm- und Beinhöhe.
II Behandlungskasten mit Manchetten an den seitlichen Ausschnitten (zum Durchstecken der Extremitäten; vorne die Regulirvorrichtung für den Patienten mit Controllampe (ob Strom vorhanden ist, also Wärme entwickelt wird oder nicht); oben auf dem Kasten Thermometer (von 50—180° C. anzeigend), Deckelfenster, Ventilöffnungen, Contactdose und Ausschalter für die Beleuchtung im Innern des Kastens. Der obere Deckel ist — wie man auf dem Bilde sieht — extra zum Aufklappen eingerichtet, um die Hitze sofort völlig entweichen lassen zu können.
IV Schaltbrett mit Kurbel-Rheostat, Contactdosen für Erhitzer und Beleuchtung, Bleisicherungen, Generalschalter und einer mit Reflector versehenen Glühlampe für ärztliche Untersuchungen.

Ueber Behandlung der Pleuritis exsudativa mit Wernarzer Brunnen.*)

Von Dr. *Brückner* in Neubrandenburg.

Im Laufe des letzten Jahres habe ich 3 Fälle von massigem pleuritischen Exsudat auf Empfehlung des Potsdamer Collegen Dr. Hermann Neumann (No. 5, Jahrgang 1897 der deutschen medicinischen Wochenschrift) mit Wernarzer Brunnen, jenem erdig alkalischen Säuerling aus Bad Brückenau, behandelt, alle 3 mit so frappirendem und überraschendem Erfolge, dass es mir Pflicht scheint, darüber, wenn auch nur in Kürze, zu referiren, um so mehr, als man ja leider so selten in der Lage ist, über günstig verlaufene Nachprüfungen zu berichten.

Von diesen 3 Fällen nun war der eine noch im floriden, fieberhaften Stadium, als ich ihn mit Wernarzer zu behandeln anfing, bei den andern beiden handelte es sich um ein ausgebildetes Exsudat; alle 3 würde ich in die rheumatoide Form einreihen.

Dass es sich um ein seröses Exsudat handelte, bewies die Punction, die das Vorhandensein einer grünlich-gelben Flüssigkeit ergab.

In allen diesen Fällen hatte ich den landesüblichen Arzneischatz sowohl, wie die gebräuchlichen therapeutischen Maassnahmen erschöpft; ich hatte innerlich Natr. salicylic. in der von Aufrecht empfohlenen Weise, Jodkalium, Chinadecoct mit Kal. acetic. gegeben, und durch andere Diuretica, wie auch Drastica

[1]) Der «Elektrotherm» ist construirt und zu beziehen durch Herrn Leopold Marcus, Elektrotechniker in Hamburg, A. B. C.-Strasse 57.

*) Nach einem im Aerzteverein zu Neustrelitz gehaltenen Vortrag.

Resorption zu erzielen gesucht; ich hatte mit T. Jodi die Haut maltraitirt, Priessnitz'sche Wicklungen, Ganzpackungen, warme Bäder mit nachfolgenden Einwicklungen in wollene Decken zur Einleitung der Diaphorese machen lassen, ohne jeden Erfolg auf den Stand des Exsudates; die Grenzen verschoben sich absolut nicht.

Da fiel mir der erwähnte Artikel des Collegen Neumann ein und ich beschloss, einen Versuch mit dem Wernarzer Brunnen zu machen, ohne grosse Hoffnung und in der Erwartung, doch die Aspiration folgen lassen zu müssen.

Der Erfolg übertraf meine kühnsten Erwartungen; ich kann sagen, dass vom ersten Tage an — ich liess pro Tag eine Flasche trinken und nebenbei Priessnitz'sche Wicklungen weiter gebrauchen — eine Aenderung zum Bessern nachzuweisen war, subjectiv sowohl, wie objectiv; der Brunnen mundete den Patienten vorzüglich und im Vergleich zu den sonstigen Vornahmen war ihnen diese Cur eine wahre Wohlthat; die Diurese steigerte sich bis 3 1/2 l in 24 Stunden und bei durchweg gutem Befinden und Genesungsgefühl, das in 2 Fällen ganz besonders auffallend war, verschoben sich die Grenzen des Exsudates von Tag zu Tag, so dass in 2 Fällen nach 10 Flaschen Wernarzer, in dem dritten Falle nach 15 Flaschen unter Auftreten einer wahren Harnfluth die Restitutio ad integrum erzielt war — ein um so grösserer Erfolg, wenn man bedenkt, dass ich mich schon wochenlang mit der üblichen Therapie erfolglos abgemüht hatte.

Wie durch eine so schnelle Resorption bösartige Folgeerscheinungen (Verwachsungen, Schwarten, Thoraxdeformitäten, nachträgliche Erkrankungen der Lunge) fast unmöglich sind, will ich nur kurz betonen.

Der Erfolg ist nun auch in den von mir behandelten Fällen ein dauernder gewesen, Nachkrankheiten oder Rückfälle sind nicht eingetreten und ich schliesse mich dem Ausspruche Neumann's an, dass der Wernarzer Brunnen berufen scheint, in der Therapie der Pleuritis exsudativa eine hervorragende Rolle zu spielen, wie er sich ja auch bei der Behandlung von Erkrankungen des uropoëtischen Systems schon gut eingebürgert hat und u. A. von Senator und Nothnagel, von Letzterem bei Nierenkrankheiten mit Albuminurie, empfohlen wird.

Ob er bloss als Diureticum wirkt, oder ob er, wie Neumann meint, eine specifisch anregende Wirkung auf die serösen Häute besitzt, lasse ich dahingestellt. Bei Gicht und Hydrops in Folge von Herzkrankheiten habe ich bisher keine Wirkung auf die Diurese gesehen, allerdings waren die Herzkranken im letzten Stadium, dahingegen bei Blasenkatarrh und geringer Albuminurie günstige Resultate beobachtet.

Jedenfalls glaube ich, dass wir verpflichtet sind, in der Praxis dem Wernarzer Brunnen mehr Beachtung zu schenken als bisher. Sollten sich die günstigen Beobachtungen bei der Behandlung der Pleuritis serosa häufen, so wäre auch der Versuch gewiss gerechtfertigt, Pericarditis und Gelenkrheumatismus mit Wernarzer zu behandeln.

Aus der medicinischen Klinik zu Jena. (Director: Hofrath Prof. Dr. Stintzing.)

Zum gegenwärtigen Stand der Serumtherapie des Tetanus.

Von Dr. *F. Köhler*, Assistenzarzt der Klinik. (Schluss.)

3. Mit englischen und französischen Serumpräparaten behandelte Tetanusfälle.

	Autor	Publication	Kurze Krankheitsgeschichte bis zum Beginn der Injectionen	Incubation	Beginn der Injectionen nach Ausbruch	Krankheitsverlauf nach der Serumanwendung	Menge und Art des Präparates	Nebenerscheinungen	Ausgang
34	Withington	Boston med. and surgical Journ. 1896, 16. I. Ref. Deutsche med. Wochenschrift Lit.-Beil. No. 17	Frau. Abort. 3 Tage später Trismus. Nach 8 Tagen völliger Tetanus. Chloral und Brom. Tetanus puerperalis.	3 Tage	«schliesslich»	Guter Einfluss «Der Fall wäre vielleicht auch ohne Antitoxin geheilt.»	Antitoxin aus dem Pasteur-Institut New-York 4 Inj von 23 ccm	—	Heilung
35	Reinhard	Münchener med. Wochenschrift 1898, No. 9	53jähr. Frau. 7. VIII. Handverletzung. 1. IX. Steifigkeit der Kiefer. 2. IX. Trismus. Am 2. IX. 1. Injection. Leichter Fall.	25 Tage	1. Inj: 1. Tg. 2. Inj.: 2. Tg. 3. Inj.: 3. Tg. 4. Inj.: 5. Tg.	3. IX Nackensteifheit und Kieferklemme. 6 Stunden nach der 2. Inj. Temp. 38,2. Leichte Besserung. 4. IX. Trismus wieder vollständig. 6 Stunden nach der 3. Inj. Besserung der Symptome. 5. IX. Besserung hält an. 6. IX. Erscheinungen ad peius vergens. Nunmehr fortschreitende Besserung.	10 ccm Serum antitétanique aus dem Institut Pasteur. 2. Inj.: 30 ccm desselb Serums. 3. Inj.: 50 ccm des Serums. 4. Inj.: 30 ccm	—	Heilung
36	Macartney	The Lancet 1896 No. 3777	50jähr. Frau. Gynäkologische Operation. Tetanus nach 8 Tagen. Mittelschwerer Fall.	8 Tage	7. Tag	Ohne Einfluss. 1 Stunde post injectionem Tod.	Minimaldosis des Antitoxins aus dem British Institut	—	Tod
37	Macartney	Ibidem	5jähr Knabe. Beinverletzung. Schwerer Tetanus. Narkotica ohne Erfolg. Mittelschwerer Fall.	7 Tage	nicht genau ersichtlich	Kurz nach den Injectionen Tod.	In Pausen von einigen Stunden 3 Dosen Antitoxin, à 1/6 Dose derErwachsenen	—	Tod
38	Tirard	The Lancet 1895 No. 3766	4 1/2j. Mädchen. Fussverletzung. Schwerer Tetanus. Narkotica. Am 1. Tag Injection. Leichter Fall.	14 Tage	1. Inj.: 1. Tg. 2. Inj.: 2. Tg. 3. Inj.: 2. Tg. 4. Inj.: 3. Tg. 5. Inj.: 3. Tg. 6. Inj.: 4. Tg.	Einfluss unregelmässig. Besserung und starke Krämpfe abwechselnd. Schweiss, leichtes Fieber. In 5 Woch. volle Heilung.	6 Injectionen à 0,6: 3,5 aq. aus dem Institut of preventive méd. London	—	Heilung
39	Beamish	Lancet 1897, 18. IX.	16jähr. Knabe. 7. III. Beinamputation wegen Gangraen. 18. III. Tetanussymptome beginnend. Wahrscheinlich herrührend von einer Verletzung 6. III. Leichter Fall.	12 Tage	7. Tag	Allmähliche Besserung.	10 ccm Antitetanusserum (engl. Präparat)	—	Heilung

	Autor	Publication	Kurze Krankheitsgeschichte bis zum Beginn der Injectionen	Incubation	Beginn der Injectionen nach Ausbruch	Krankheitsverlauf nach der Serumanwendung	Menge und Art des Präparates	Nebenerscheinungen	Ausgang
40	Smart	Lancet 1897, 20. XI.	40jähr. Mann. Fingerverletzung. Nach 9 Tagen erste Erscheinungen des Tetanus. Calomel, Chloralhydrat. Leichter Fall.	9 Tage	1. Inj.: 3. Tg. 2. Inj.: 3½ Tg. 3. Inj.: 4. Tg. 4. Inj.: 4. Tg.	Allmähliche Besserung. Heilung in 12 Tagen.	1. Inj.: 10 ccm Antitoxin 2. Inj.: 10 ccm 3. Inj.: 10 ccm 4. Inj.: 10 ccm (engl. Präparat)	—	Heilung

3 Fälle aus der medicinischen Klinik zu Jena.*)

	Kurze Krankheitsgeschichte bis zum Beginn der Injectionen	Incubation	Beginn der Injectionen nach Ausbruch	Krankheitsverlauf nach Anwendung des Serums	Menge und Art des Präparates	Nebenerscheinungen	Ausgang
41	1. Fall. 47j. Mann, 1. XII. 1897 Verletzung am linken Oberschenkel. 3. XII. Verband der Wunde. 9. XII. Linkes Bein, Rücken, Nacken, Kiefer steif. 11. XII. Trismus. 12. XII. 1. Injection. Freilegung der Wunde am linken Oberschenkel, Eiterentleerung, Auswaschung mit Sublimat. Morphin. Schwerer Fall.	8 Tage	1. Inj.: 3. Tag. 2. Inj.: 6. Tag.	13. XII. Morg. starker Schweiss. Zustand unverändert. Abends subjectiv schlechter. Morphin. 14. XII. Temp. anhaltend febril. Das rechte Bein frei, das linke Bein etwas beugungsfähig. Wunde von Koth und Eiter durchtränkt, schlecht granulirend, stinkender Eiter. Auswaschung mit Carbolsäure, Jodoformtampons. Abends ausgesprochener Tetanus. 15. XII. Puls sehr klein. Kampher. Allmählicher Kräfteverfall. Mittags 2. Injection. Abends anscheinend Besserung, Nachts ad pejus vergens. Morphin. Kampher. 16. XII. Zunehmende Dyspnoe und Herzschwäche. 17. XII. Morg. Exitus.	1. Inj.: Behring 5 : 45 aq. 2. Inj.: Tizzoni 4,5 : 90 aq. nach 2stündigem Verrühren gelöst.	—	Tod
42	2. Fall. 5jähr. Knabe. Leichtes Zungengeschwür als Ausgangspunkt wahrscheinlich. 19. V. Nackensteifheit und Krämpfe, Trismus, in den folgenden Tagen anhaltend. Sensorium frei. Risus sardonicus. 24. V. 1. Injection. Schwerer Fall.	Unbekannt	1. Inj.: 5 Tag. 2. Inj.: 6. Tag.	25. V. Temp. 41,5°. Starker Schweiss. Trismus bedeutend gebessert. 25. V. Abends 2. Injection. 26. V. fortgesetzt Temp. über 40°. Tetanus, besonders Opisthotonus. Füsse beide in starker Spitzfussstellung. 27. V. Zustand anhaltend. 3. Injection. Zustand unverändert. 28. V. Trachealrasseln angedeutet. Respirationskrämpfe. Temp. 41°. Kalte Einpackung. 29. V. 4. Injection. In der Nacht starke Respirationskrämpfe. Exitus.	1. Inj.: Tizzoni volle Dosis zu 150 ccm aq. (1 800 000 I.-E.). 2. Inj.: Behring 500 I.-E. 3. Inj.: Behring 250 I.-E. 4. Inj: Behring 250 I.-E.	—	Tod
43	3. Fall. 45jähr. Frau. Leidet seit 5 Jahren an einem Beingeschwür, das zeitweilig abheilt, jetzt wieder aufgebrochen ist. 13. VIII. Erste Kieferschmerzen, die sich allmählich zum Trismus steigern. 18. V. Ausgesprochener Trismus. Steifigkeit beider Beine, aber keine Starre. Opisthotonus vorhanden. Das Geschwür grüngelb schmutzig belegt. 20. VIII. Kalomel. Einläufe. Verband mit Naftalan. Kein Fieber. 21. VIII. 1. Injection. Leichter Fall.	Unbekannt	1. Inj.: 8. Tag. 2. Inj.: 9. Tag.	Injection äusserst schmerzhaft. 22. VIII. Starker Schweiss. Subjectives Befinden wenig besser. Kieferklemme kaum besser. Starke Kopfschmerzen. 3 g Phenacetin. 24. VIII. Gesammtbefinden bedeutend gebessert, nachdem gestern 2. Injection. Kopfschmerz hält an. 25. VIII. Besserung anhaltend. Allmähliche Lösung der Kiefersperre und Muskelsteifigkeit. 30. VIII. Pat. steht auf. 31. VIII. Wunde abgeheilt. 6. IX. Entlassen.	1. Inj.: Behrung 50 ccm (2 Fläschchen). 2. Inj.: Behring 25 ccm (1 Fläschchen).	—	Heilung

*) Siehe auch Stintzing, Münch. med. Wochenschr. 1898, No. 40.

Die aufgestellte Statistik ist in mannigfacher Beziehung lehrreich.

Betrachten wir zunächst das Gesammtergebniss:

Unter den 54 von Engelmann publicirten Fällen finden sich **39** Heilungen, **15** Todesfälle, oder **72** Proc. Heilungen, **28** Proc. Todesfälle.

Unter den 42 von uns zusammengestellten Fällen (1 Fall musste unberücksichtigt bleiben wegen noch ausstehenden Resultates) fanden sich **24** Heilungen, **18** Todesfälle, oder **57** Proc. Heilungen, **43** Proc. Todesfälle.

Eine Zusammenfassung von **96** Fällen (54 von Engelmann u. 42) ergibt somit:

63 (oder **65,6** Proc.) Heilungen
33 (oder **34,4** Proc.) Todesfälle.

In dieser Zusammenstellung finden sich selbstverständlich die verschiedensten Fälle zusammengewürfelt. Indess glaube ich, dass

ein gewisser Ausgleich dadurch geschaffen ist, dass den leichten Fällen, die von vornherein, auch ohne Serumanwendung, eine günstige Prognose geben, solche von Tetanus neonatorum und Tetanus puerperalis gegenüberstehen, die eine besonders ungünstige Prognose zu geben scheinen. Für die Fälle von Tetanus puerperalis muss ich allerdings eine gewisse Einschränkung machen. Rubesca[9]) veröffentlichte 6 Fälle von Tetanus puerperalis, die alle letal verliefen (einer wurde mit Tizzoni's Antitoxin behandelt), von demselben Autor werden 3 von Pipek aus der Pawlik'schen Klinik der Prager Gebäranstalt publicirte Fälle von Tetanus puerperalis erwähnt, die letal verliefen, ferner 11 weitere Fälle aus der Literatur vom Jahre 1890 an, ebenfalls letal verlaufend, nur 1 Fall von Tetanus puerperalis von Irwing[10]), mit 11 Tagen Incubation, ging in Heilung aus.

Also in **20** vor der Serumtherapie behandelten Fällen von Tetanus puerperalis verliefen **19** letal (d. h. **95** Proc. Todesfälle).

In Engelmann's und unserer Statistik finden sich im Ganzen 5 mit Tetanusserum behandelte Fälle von Tetanus puerperalis, von denen 3 letal, 2 mit Heilung endeten.

Lässt dieser Vergleich natürlich durchaus keinen weitgehenden Schluss auf den Werth der Heilserumtherapie beim Tetanus puerperalis zu, so ermuntert er immerhin zur weiteren Anwendung des Mittels bei dieser Art des Tetanus.

Anders erscheinen die Verhältnisse beim Tetanus neonatorum zu liegen. Eine genaue Statistik darüber vor der Serumanwenduug ist mir leider nicht bekannt. Von solchen Fällen, mit Serum behandelt, erwähnt Engelmann 6, von denen 5 letal endeten, in unserer Statistik finden sich 2 Fälle, die beide letal verliefen.

Es ergeben sich also bei 8 Fällen von Tetanus neonatorum **7** Todesfälle, **1** Heilung.

Demgemäss dürfte die Tetanusserumtherapie bei den Fällen, welche Neugeborne betreffen, im Allgemeinen wenig Aussicht auf Erfolg bieten, zumal bei diesen meist ein allgemein septischer Process den Tod inaugurirt.

Bei den anderen Fällen von Tetanus legte man von Alters her in Bezug auf die Prognose einen grossen Werth auf die Dauer der Incubation. So gab Richter in der obenerwähnten Statistik ausdrücklich den Vermerk «für eine Incubation von 6—10 Tagen» und Poland «für eine Incubation von 1—10 Tagen.» In der That behält dieser Hinweis auf die Dauer der Incubation auch für die Statistik der mit Serum behandelten Fälle seinen Werth.

Bei Engelmann's 54 Fällen sind 11 wegen ungenauer Angabe der Incubation unbrauchbar. Die übrigen 43 Fälle vertheilen sich folgendermaassen:

Incubation von 1—10 Tagen:
27 Fälle,
davon 18 Heilungen (**66⅔** Proc.)
9 Todesfälle (**33⅓** Proc.)
Incubation von 11 und mehr Tagen:
16 Fälle,
davon 15 Heilungen (**93,8** Proc.)
1 Todesfall (**6,2** Proc.)

Bei unseren 42 Fällen sind 10 wegen ungenauer Angabe der Incubation unbrauchbar. Die übrigen 32 Fälle vertheilen sich folgendermaassen:

Incubation von 1—10 Tagen:
21 Fälle,
davon 9 Heilungen (**43** Proc.)
12 Todesfälle (**57** Proc.)
Incubation von 11 und mehr Tagen:
11 Fälle,
davon 7 Heilungen (**63,6** Proc.)
4 Todesfälle (**36,4** Proc.).

Das sich aus Engelmann's Zusammenstellung ergebende Resultat ist somit ein wesentlich günstigeres als das unserer Zusammenstellung.

[9]) Archiv für Gynaekologie 1897, Bd. 54.
[10]) New-York. med. Journ. 1892.

Als Mittelwerthe aus beiden Statistiken ergeben sich nun folgende Zahlen:

Incubation von 1—10 Tagen:
48 Fälle:
27 Heilungen (**56,2** Proc.)
21 Todesfälle (**43,8** Proc.)
Incubation von 11 und mehr Tagen:
27 Fälle:
22 Heilungen (**81,5** Proc.)
5 Todesfälle (**18,5** Proc.).

Die Zahl der brauchbaren Fälle ist allerdings ziemlich gering und gestattet nicht eine bedingungslose Vergleichung mit der Richter'schen und Poland'schen Statistik der Fälle vor der Serumbehandlung. Der von Richter (bei **224** Fällen) constatirten Mortalität von **95,6** Proc. bei einer Incubation von 1—10 Tagen steht eine Sterblichkeitsziffer nach der Serumbehandlung von **43,8** gegenüber (bei **48** Fällen).

Wenn auch zu bedenken ist, dass sicher nicht alle Tetanusfälle — namentlich nicht die ungünstig verlaufenden — zur Veröffentlichung kommen, so scheint mir dennoch unsere Zahl den Schluss zu gestatten, dass die Serumtherapie die Sterblichkeit der Tetanuskranken herabzusetzen im Stande ist, anderseits aber wäre es durchaus unberechtigt, einen auffallend günstigen Einfluss der Serumanwendung auf den Verlauf des Tetanus behaupten zu wollen.

Von Behring und Knorr wurde für die Anwendung ihres Serums betont, dass dieselbe innerhalb der ersten 36 Stunden nach Ausbruch der ersten Erscheinungen geschehen solle.

Die Engelmann'sche Statistik weist an Fällen, wo innerhalb der ersten 2 Tage die Seruminjection vorgenommen wurde, 15 auf: 12 mit einer Incubation von 1—10 Tagen (Lesi, Tarruffi, 3 Fälle von Escherich, Carsetti, Bauer, 2 Fälle von Baginsky, Buschke und Oergel, Brunner, Vagedes), 2 Fälle mit einer Incubation von über 10 Tagen (Finotti, Gornall), 1 Fall mit unbestimmter Incubation (Henoch). Demgemäss sind es vorwiegend schwere Fälle, die bis spätestens 2 Tage nach den ersten Erscheinungen injicirt wurden, es befinden sich sogar 5 Fälle von Tetanus neonatorum darunter (3 von Escherich, 2 von Baginsky).

Von diesen 15 Fällen, die zeitlich nach der Behring-Knorr'schen Vorschrift, nach Engelmann allerdings nicht immer mit der nöthigen Menge von Antitoxin behandelt wurden, verliefen **10** letal, **5** mit Heilung. Das bedeutet **66⅔** Proc. Todesfälle, **33⅓** Proc. Heilungen.

Ein ähnliches ungünstig lautendes Resultat ergibt die Durchsicht unserer 16 Fälle, die bis zu 2 Tagen nach den ersten Erscheinungen mit Antitoxin behandelt wurden, obgleich nur 8 Fälle eine Incubation von 1—10 Tagen aufwiesen (Erdheim, Bruns 2 Fälle, Heddaeus, Kortmann, Schubert 2 Fälle, Blumenthal (T. puerperalis)), 7 Fälle eine Incubation von mehr wie 10 Tagen (Reinhard, Tirard, Erdheim, Asam, Darbyshire, Rubesca (T. puerperalis), Plücker), ein Fall eine unbestimmte Incubation (Riese).

Von diesen 16 nach der Behring-Knorr'schen Vorschrift innerhalb der ersten 2 Tage behandelten Fällen, gingen 10 letal aus, 6 in Heilung über. Das bedeutet eine Mortalität von **62,5** Proc., Heilung **37,5** Proc.

A priori sollte man gerade von unserer Statistik, in der die Fälle von günstiger und ungünstiger Incubation sich die Wagschale halten, ein besseres Ergebniss erwarten. In Wirklichkeit aber stimmen unsere mit den Engelmann'schen Ergebnissen, trotzdem hier die Fälle mit ungünstiger Incubation bei Weitem vorwiegen, überein.

Die zusammenaddirten (15 + 16) **31** Fälle ergeben trotz rechtzeitig vorgenommener Injection von Tetanusserum

11 Heilungen (**35,5** Proc.)
20 Todesfälle (**64,5** Proc.).

Aus der zu geringen in Anwendung gekommenen Menge des Antitoxins lässt sich das relativ ungünstige Ergebniss bei unseren

Fällen wohl kaum zur Genüge erklären. Es wurden angewandt beim Falle:

Reinhard: 4 Injectionen 10, 30, 50, 30 ccm aus dem Pasteur-Institut.
Darbyshire: Tizzoni 1,35 «mehrmals».
Erdheim 1: Behring 10 g Trockensubstanz. 2: Dasselbe.
Asam: Behring 5:50 intravenös.
Tirard: 6 Injectionen à 0,6:3,5 englisches Präparat.
Rubesca: «Tizzoni's Antitoxin».
Plücker: Tizzoni. Angabe der Menge fehlt.
Bruns 1: 2 Inj. Behring 10 g (500 I. E.) subcutan, 25 I. E. intravenös. 2: 500 I. E. intravenös.
Heddaeus: 2 Inj. Behring 5:30 intravenös, 5:30 subcutan.
Riese: 2 Inj. Behring 2 g Trockensubstanz, 5 g:45.
Kortmann: 5 g Trockensubstanz intravenös.
Schubert 1: 5:40 Behring intravenös. 2: 5:50 Behring subcutan.
Blumenthal: 3 Inj. Boer 10:60 (1:5 Mill. I. W.)

Diese Angaben der verwandten Mengen haben nur bedingten Werth, da sie zum grössten Theile der erforderlichen Genauigkeit entbehren. Indess habe ich doch den Eindruck gewonnen, dass die ungünstige Statistik aus der mehr oder weniger grossen zur Verwendung gekommenen Menge nicht erklärt werden kann. Eine genaue Durchsicht der grossen Tabelle — es kommt hier besonders der Verlauf nach der Serumanwendung in Betracht, auf den ich noch zurückkomme — lehrt meines Erachtens, dass ein allgemein giltiger Modus sowohl für die zeitliche als die quantitative Anwendung — auf die qualitative will ich nicht eingehen — noch nicht gefunden ist, dass insbesondere die frühzeitige Anwendung (innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ausbruch der Erscheinungen) nicht ohne Weiteres einen Erfolg garantirt. Sollte nicht vielmehr der Hauptnachdruck bei der Frage nach dem vermuthlichen Erfolge des Serums auf den von vornherein schweren oder leichteren Charakter des Tetanus bei dem betreffenden Individuum zu legen sein, der zu einem gewissen Theile aus der Incubation hergeleitet werden kann? Unzweifelhaft findet die Tetanusinfection bei dem einen Menschen einen günstigeren Boden zur Ansiedlung und zur Auslösung der tetanischen Erscheinungen, als bei dem anderen. Daraus und aus dem Grade der Virulenz der Bacterien erklärt sich das schwerere oder leichtere Auftreten des Tetanus. Demgemäss wird der Erfolg der Antitoxinbehandlung der Schwere der in Behandlung genommenen Fälle entsprechen.

Unsere Statistik lehrt, dass durch die Serumbehandlung nicht etwa durchweg die Prognose für die mit Antitoxin behandelten Fälle günstiger geworden; die Prognose kann, ebenso wie früher, auch jetzt noch bis zu einem gewissen Grade aus der Länge der Incubation gestellt werden.

Für die Fälle mit ungünstiger Incubation von 1—10 Tagen, bei denen wir eine stärker zerstörende Wirksamkeit der Bacillen und ihrer Toxine annehmen müssen, wird man gutthun, durch grosse, fortgesetzte Injectionen zu versuchen, das Gift durch Antitoxin zu paralysiren. Man vergesse indess dabei nicht, dass es bis jetzt noch nicht gelungen ist, einen Parallelismus zu finden zwischen der angewandten Gesammtmenge des Antitoxins und dem Verlaufe der Krankheit, insbesondere hat die möglichst frühzeitige Anwendung des Serums keine überraschenden Resultate, wie sie Behring und Knorr in Aussicht stellten, ergeben.

Wie verschiedenartig das Serum bei den einzelnen behandelten Fällen wirkte, ergibt sich auch aus einem Blick auf den Verlauf nach der Injection. Ich berücksichtige dabei nur die Fälle aus unserer Statistik.

Directe Verschlimmerung nach den Injectionen ist bei den Fällen [2] von Erdheim, [1] von Bruns und [1] von Krokiewicz angegeben. Bei dem letzteren Fall ist die Angabe um so auffälliger, als schliesslich doch Heilung erfolgte.

Ganz ohne Einfluss blieb das Serum bei den Fällen von Plücker, Firth, Rubesca, Kortmann, Schubert [3], Rose [1], Bruns [1], Macartney [2].

Zuerst folgte eine Verschlimmerung, dann allmähliche Besserung bei den Fällen von Darbyshire, Wendling.

Allmählicher Einfluss machte sich geltend in den Fällen von Cavandoli, Watt, Asam, Teichmann, Bokay, Weischer]1], Rose [1], Beamish, Smart.

Wechselnder Verlauf, zuerst Verminderung, dann wieder Verschlimmerung mit schliesslich eintretender Heilung oder letalem Ausgang ist verzeichnet bei Möller, Jacob, Heddaeus [2], Weischer [1], Riese, Bruns [1], Tauber, Reinhard, Tirard und bei zweien unserer Fälle.

Geringer Einfluss wird dem Serum zugeschrieben bei Trapp und Withington.

Sehr bald erfolgte Lösung der Tetanuserscheinungen bei Steiner und einem der unsrigen Fälle.

Die Zahl der Fälle, wo eine unmittelbare Wirkung des Serums constatirt werden konnte, ist also überaus gering. Die Wirkung des Serums ist somit eine vielgestaltige, von einer eclatanten Wirkung des Serums kann keine Rede sein. Bemerkenswerth bleibt es, dass directe Schädlichkeiten durch das Serum in verschwindend wenigen Fällen, vielleicht überhaupt nicht, beobachtet wurden. Auffallend ist die bei zahlreichen Fällen verzeichnete starke Schweissreaction nach den Injectionen. An Nebenerscheinungen wurden in wenigen Fällen belanglose Erytheme beobachtet.

Ich fasse das Resultat in folgenden Sätzen zusammen:

1. Eine Statistik über mit Tetanusserum behandelte Fälle (96) gibt procentual ein etwas günstigeres Resultat als früher vor der Serumbehandlung.

2. Ein allgemein giltiger Modus für eine Erfolg bestimmt in Aussicht stellende Anwendung des Tetanusserums lässt sich nicht aufstellen; eine Statistik (31 Fälle) innerhalb der ersten zwei Tage nach Ausbruch der Erscheinungen mit Tetanusserum behandelter Fälle ergibt heute eine Mortalität von 64,5 Proc.

3. Die Wirkung des Tetanusserums ist vielleicht in einzelnen Fällen eine unmittelbar eingreifende, selten ist es ohne jeden Einfluss, meist von allmählichem Erfolge, stets ohne bedeutsame Nebenwirkungen.

4. Es empfiehlt sich die Anwendung des Tetanusserums frühzeitig, in grossen Dosen, in wiederholter Injection.

5. Mit der Länge der Incubation wächst, wie vor der Serumtherapie, die Aussicht auf Erfolg.

6. Auch die vor der Serumtherapie als sehr ungünstig geltenden Fälle von Tetanus puerperalis scheinen durch Tetanusserum günstig beeinflusst werden zu können, inwieweit, muss eine möglichst häufige Veröffentlichung derartiger Fälle lehren.

Im Interesse einer möglichst objectiven Statistik empfiehlt es sich, sonstige mit Serum behandelte Tetanusfälle, ungeachtet letalen Ausganges oder eintretender Heilung, zu veröffentlichen.

Feuilleton.

Einiges über Untersuchung und Begutachtung von Betriebsunfällen.

Von Dr. *Grassl* in Vilshofen.

Wiederholt wurde von verschiedenster Seite betont, dass die Stellung des Praxis übenden Arztes durch die Einführung der socialen Gesetzgebung eine ganz andere geworden ist. Während früher der Arzt fast ausschliesslich curativen Charakter hatte, ist er jetzt zum Vertrauensmann von Untersuchten und Berufsgenossenschaft emporgerückt. Nach Vollendung der Heilung obliegt es jetzt dem Arzte, die Probe über die Rechnung zu machen. Er muss sich, dem Verletzten und der Berufsgenossenschaft Rechenschaft geben über seine Leistung. Fast durchwegs haben die Genossenschaften an der Begutachtung des Unfallverletzten durch seinen Arzt festgehalten. Darin liegt ein hohes Vertrauen. Obwohl wir nämlich durch oft lange Behandlungszeit dem Verletzten unwillkürlich näher rückten, glaubt doch die Genossenschaft, dass wir alle menschlichen Schwächen hintanhalten und der Gerechtigkeit dienen werden. Unsere Gutachten sind technisch-richterliche Entscheidungen von um so höherer Bedeutung, als der begutachtende Arzt oft allein es ist, der über die wirthschaftliche Lage seines Patienten zu Gericht sitzt.

Zwar werden ja formell unsere Gutachten von der Berufsgenossenschaft controlirt und in einzelnen Fällen wird auch ein Contragutachten einverlangt; allein im grossen Ganzen ruht die Verantwortung auf uns behandelnden Aerzten. Dadurch hat zweifellos das ärztliche Ansehen einen gewaltigen Ruck vorwärts gethan. Wir wurden unentbehrlich im Staate. Es mag dahingestellt bleiben, ob es nicht gerade dieser Umstand ist, der die Staatsregierung für Aufrechthaltung der ärztlichen Integrität einschreiten lässt. Viele Aerzte, und nicht die schlechtesten, verzichten freiwillig auf diese Machterhöhung. Es kann sie kein Vorwurf treffen. Die aber,

welche richterliche Functionen ausüben, haben auch die Pflicht des Richters. Mitunter, mit scheinbarem Recht, hört man den Einwurf, dass für die oft geradezu kümmerliche Entlohnung der ärztlichen Mühe, flüchtige Gutachten hinlänglich seien. Dieser Einwand ist nur scheinbar richtig. Auch der gewiss kärglich bezahlte Jurist darf mit derartigem Einwande seine mangelhaften Entscheidungen nicht decken wollen. Der Wahrheit auf die Spur zu kommen, müssen wir all' unser Können und Wissen in's Feld führen. Anfangs, als die humanitären, socialen Gesetze noch in ihrer Wirkung nicht zu übersehen waren, da gab es Aerzte genug, die leugneten, dass es überhaupt Simulanten gebe. Die Erfahrung wird sie sicherlich belehrt haben.

Ein grosser Theil der Unfallverletzten simulirt direct oder übertreibt doch in gewaltiger Weise seine Arbeitsbeeinträchtigung. «In Pensionsangelegenheiten», sagte uns ein erfahrener geistlicher Rath, «kommt es auf falsche Angabe und selbst auf Meineid nicht an.» Und ein anderer erfahrener Geistlicher meinte, das Volk halte es für eine Sünde, wenn man einem bedrängten Verletzten nicht zur Rente verhelfe. Dieser gewaltigen Sittenverwilderung gegenüber bildet der ärztliche Stand mit seinem Gerechtigkeitssinn, verbunden mit Humanität, den ruhenden Punkt, auf den die zukünftige ethische Gestaltung des deutschen Volkes sich stützen wird. Wiederholt wurde demnach auch von führender Seite hingewiesen auf die Gefahren, die dem ärztlichen Stand als solchem allein schon aus diesen Verhältnissen drohen. Wiederholt schon wurde zur Vermeidung von Unrichtigkeiten, Mängeln aller Art im Gutachten, die Einhaltung eines gewissen Schemas im Gutachten selbst empfohlen.

Ein Vollgutachten muss klar und deutlich erkennen lassen: 1. die requirirende Stelle; 2. die untersuchte Person; 3. kurze Krankengeschichte, die wegbleiben kann, wenn solche bereits bei den Acten liegt; 4. Angaben des Verletzten; 5. Befund; 6. Gutachten.

Soll der Zusammenhang des gegenwärtigen Standes mit dem Unfalle besprochen werden, so ist die Einsichtnahme der Unfallsacten absolut nothwendig. Auch in der gerichtlichen Medicin wird die Einsicht in die Acten stets gewährt. Als mir in einem Falle diese verweigert wurde, lehnte ich die Begutachtung ab sowohl dem Amtsgericht Vilshofen als dem Landgericht Passau gegenüber und ich wies die Zumuthung, im Secretariatszimmer die Acten einzusehen, zurück. Das Oberlandesgericht München hat dann die Aushändigung der Acten an mich befohlen, worauf ich das requirirte Gutachten abgab. So möge man auch stets in Unfallssachen handeln. Man erspart sich da manche Niederlage. Werden die Acten nicht vorgelegt, so äussere man sich auch nicht über den Zusammenhang, sondern gebe die Anamnese, den Status präs. und die Procente der Arbeitsbeschränkung, ohne Rücksicht auf den vorliegenden Unfall. Nur in gewissen klaren Fällen, insbesondere, wenn der begutachtende Arzt, ich möchte sagen, Thatzeuge war, indem er die frische Wunde in Behandlung nahm, ist die Einsichtsnahme der Acten nicht absolut nothwendig.

Schon in der Vorbehandlung wird der vorsichtige Arzt durch Stilisirung des Zeugnisses, welches in der Regel zur Einleitung der Unfalluntersuchung nothwendig ist, nicht sich von dem Augenblicke hinreissen lassen. Derlei Zeugnisse können, wenn sie eine falsche Diagnose und Prognose enthalten, später recht unangenehm werden. In vielen Fällen ist der behandelnde Arzt für die Querellen des Patienten mitverantwortlich. Mit Recht weist, wenn ich nicht irre, Strümpell darauf hin, dass die traumatische Neurose durch die mangelhafte Energie der behandelnden Aerzte oft gezüchtet wird. Allein nicht bloss traumatische Neurose, auch directe Simulation. Dem erfahrenen Arzt wird Manches auffallend sein in der Behandlungszeit. Auffallend ist es z. B. wenn ein Sprechstundpatient — in der Regel handelt es sich um solche — sofort aus der Sprechstunde ausbleibt, wenn er sein Zeugniss hat. Bedenken erregt ferner jeder Patient, wenn er ohne jeden sichtlichen Grund seinen behandelnden Arzt wechselt. Man wechselt hierorts den Arzt, wenn er das gewünschte Zeugniss nicht verabreicht, auch wenn der Patient fürchtet, dass die Heilung zu schnell eintritt, so dass er nach 90 Tagen bereits völlig arbeitsfähig ist; wenn sich die Krankheit derart zu heben droht, dass die Invalidität nicht mehr vorhanden ist und man unvorsichtiger Weise dies dem Patienten gegenüber äusserte. Man wechselt wie das Hemd den Arzt und gleich jenem dankt man diesem nicht für die Dienste, die er geleistet hat. Vorsicht bei Uebernahme des Patienten eines anderen Collegen ist daher wohl angebracht.

Die zum Zwecke der Begutachtung erhobene Anamnese bedarf immer des Actenstudiums. Dieses muss bereits, bevor der Patient zur Untersuchung kommt, vorgenommen sein. Die Frage, ob die Untersuchung in der Wohnung des Patienten, oder im Sprechzimmer des Arztes vorzunehmen ist, ist nicht allgemein zu beantworten. Ersteres muss stattfinden, wenn der Zustand des Patienten ein derartiger ist, dass durch das Verlassen des Bettes oder der Wohnung dem Verletzten ein naheliegender, erheblicher Nachtheil erwächst; aber auch dann, wenn man Grund hat anzunehmen, dass man durch eine Untersuchung in der Wohnung des Exploranden einen Einblick in sein häusliches Thun und Treiben erhält. Dieses findet insbesonders statt, wenn man unvermuthet zur Untersuchung kommt. Sonst empfiehlt sich das Sprechzimmer des Arztes als der Amtsort — sit venia verbo. Man hat die zur Untersuchung nöthigen Apparate besser zur Hand und ist auch von Angehörigen nicht so sehr gestört.

In der Anamnese hüte man sich, Fragen zu stellen, welche die Antwort schon enthalten. Das Hineinexaminiren in den Patienten ist aus manchen Gutachten sehr offensichtlich. Die Anamnese allein gibt oft schon genügende Anhaltspunkte, wessen Geistes Kind der Patient ist. Ich habe in jüngster Zeit 2 Fälle gehabt. In einem Falle behauptete der Explorand, den Finger nicht strecken zu können, während er beim vorbegutachtenden Amtsarzte angab, den Finger nicht beugen zu können. Bei mir simulirte er Contractur der Beugemuskeln, beim Amtsarzt Ankylose in der maximalen Streckstellung. Ein anderer verwechselte die Finger, die angeblich verletzt worden sein sollten Wäre man hier unvorsichtig in der Fragestellung gewesen, so wäre die Ueberführung der Simulanten viel schwieriger gewesen.

Wer lange Zeit in einer Gegend prakticirt, der weiss, dass gewisse Klagen regionär abgegrenzt sind. Und wenn einer wegen eines hervorstechenden Symptoms nach Ansicht der Bevölkerung eine Rente bezieht, so darf man darauf gefasst sein, dass bald aus dem gleichen Dorfe ähnliche Symptome dem begutachtenden Arzt producirt werden. So hatte ich im Vorjahre eine Tabes begutachtet, in welcher der Gang auch dem Laien auffiel. Bald darauf simulirten 2 Männer diesen Gang. Die Entlarvung war leicht.

Der Befundbericht hat sich schon äusserlich von der Anamnese abzuheben. Hierin wird sehr häufig gefehlt. Viele ärztliche Zeugnisse und Gutachten lassen absolut nicht erkennen, wo die Angabe des Patienten aufhört und wo die Beobachtung des Arztes anfängt.

Bei dem Befundberichte empfiehlt es sich, eine gewisse Ordnung einzuhalten. In der Klinik wird es zwar gelehrt und in den Krankenhäusern auch verlangt, in der Praxis aber bald vergessen.

Einer der gewöhnlichsten Mängel ist, dass das Gutachten über die allgemeine Personalbeschreibung des Exploranden nichts enthält. Und doch ist diese äusserst wichtig. Wie soll denn der nachbegutachtende Arzt ein Bild von dem Patienten erhalten, den er in der Regel nicht sieht, wie soll er die Einwirkung des Traumas auf den Körper schätzen, wenn er von dem körperlichen Allgemeinzustand nichts erfährt. — Aussehen, Knochen, Muskeln, Fett, Arbeitsschwielen, Haltung des Körpers etc. gehört zum Befunde ebenso, wie die Beschreibung der Bruchstelle des Knochens.

Von dem am allerhäufigsten angegebenen Symptom wissen wir aber gar nicht, ob wir es unter die Anamnese oder den Befundbericht einreihen sollen.

Unter dem Drucke der socialen Gesetzgebung hat sich die deutsche Medicin die letzten 10 Jahre gewaltig geändert, wir haben uns von anderen Völkern, welche diese humanitären Gesetze nicht haben, in unserer Ansicht über die Häufigkeit, den Werth und die Bedeutung der Einflüsse von Aussen weit entfernt. Ob wir hierin nicht zu weit gehen, muss die Zukunft lehren. Es gibt praktisch nur mehr 2 Krankheitsursachen: die Infection und das Trauma im weitesten Sinne. Um so wunderlicher ist es, dass das häufigste Symptom des Traumas noch keine eingehende Bearbeitung gefunden hat. Ich meine den Schmerz. Während z. B. das Fieber die klinische Welt wiederholt aufregte und das Studium dieses Symptomes ein tagtägliches ist, wird der Schmerz vornehm ignorirt oder nur nebenbei erwähnt. So sind wir denn von unserer Gesammtpraxis her in der Beurtheilung des Schmerzes schlecht ausgebildet. Auf einmal aber sollen wir darauf unser Urtheil abgeben, sollen ablehnen oder begutachten, bloss weil wir den angegebenen Schmerz für reell halten oder nicht.

Dass es da grosse Divergenzen gibt, ist klar. Ich habe mir zum Grundgesetz gemacht, alle Angaben des Patienten für wahr zu halten, also auch jede Angabe des Schmerzes, bis ich das Gegentheil nachweisen konnte.

Man muss sich aber ernstlich bemühen, die Wahrheit zu finden.

Jede pathologisch-anatomische Veränderung, von welcher wir aus der Gesammtpraxis her wissen, dass sie regelrecht mit Schmerz verbunden ist, hat den Anspruch darauf, dass man seine Reellität auch beim Unfallsverletzten voraussetzt. Hier noch den Schmerz durch besondere Untersuchungsmethoden auslösen zu wollen, halte ich für überflüssig und sogar eventuell für strafbar. Alle anderen Schmerzen aber müssen nachgewiesen werden und dazu gehört vor Allem die Auslösung des Schmerzes in Gegenwart des Untersuchenden.

In der Regel geschieht dies durch Druck und zwar durch den plötzlich einsetzenden Druck, wie durch den allmählich sich verstärkenden Druck. Auch elektrische Reize sind gebräuchlich. Um dies aber verwirklichen zu können, muss man vor Allem den Sitz des Schmerzes wissen. Dieser ist entweder localisirt, oder diffus verbreitet, oder wandernd. — Der erstere kann durch den Nachweis, dass er in der Localität bestimmt und unverrückt sitzt, als vorhanden nachgewiesen werden. Jeder localisirte Schmerz hat eine oft wechselnde Zone der Umgebung, in welcher Reize noch schmerzhaft empfunden werden (Hof). Den Schmerzpunkt und den Hof ermittele ich mir, indem ich den Patienten weit entblössen lasse, durch Anwendung der genannten beiden Druckarten. Ich merke mir dann den Hof und den Schmerzpunkt genau — eventuell durch Striche am Körper. Dann verbinde ich dem Exploranden die Augen, bedecke die ganze Extremität oder den Stamm, je nach dem Orte der Untersuchung, mit trockenem, körperwarmen Flanell,

um bei der Berührung mit meinen Fingern die Hautempfindlichkeit für Feuchtigkeit und Wärme möglichst auszuschalten. Dann lenke ich die Aufmerksamkeit ab. Hierzu bediene ich mich theils des Gespräches, theils der Untersuchung entfernter Organe. Glaube ich, dass mir dies gelungen ist, so übe ich einen allmählichen, sehr langsam steigenden Druck auf die schmerzhafte Stelle aus, dann vergleiche ich dessen Resultat mit dem anderer, nicht im Hofe liegende Druckpunkte; das Gleiche führe ich mit dem plötzlichen Druck auf.

Stimmt das Resultat der Untersuchung mit offenem Auge des Exploranden nicht mit dem bei geschlossenen Augen überein, so halte ich den Patienten als der Simulation für höchst verdächtig. — Wie überall in der Medicin, so darf man auch hier nicht auf ein einziges Zeichen hin sein Gutachten abgeben.

Zum Nachweis des Schmerzes ist vielmehr noch heranzuziehen die Qualität und Quantität des Schmerzes. So schwer es für den ungebildeten Laien ist, die Qualität des Schmerzes zu beschreiben, besonders im Sinne verschiedener Färbungen, so gelingt es doch denselben mit einiger Nachhilfe, eine gewisse Art des Auftretens anzugeben. Diese Angabe muss dann mit der allgemeinen Erfahrung in Zusammenhalt gebracht werden. Ungefähr wissen wir ja doch, wann dumpfer Druckschmerz, reissender, bohrender, blitzartiger Schmerz etc. auftritt. Auch von der Quantität haben wir eine ungefähre Ahnung. Die Leute mit überstarker Betonung des Schmerzes sind oft Simulanten. Auch die Zeit und die Ursache des Auslösens des Schmerzes sind oft wichtig. Man findet oft die wunderlichsten Angaben. Dann ist die allgemeine Glaubwürdigkeit in Betracht zu ziehen. Sie habe ich oft geprüft und den Simulanten entdeckt, indem ich den elektrischen Strom sehr laut schnarren liess, die Leitung aber ausschaltete und die Platten dann leer aufsetzte. Welche Grimassen! Ich erinnere mich eines Simulanten, der vor angeblichen Schmerz laut brüllte, auf den Stuhl sprang und mir leider meine Wanddecoration zerbrach. Endlich sind noch die Folgen des Schmerzes in Beurtheilung zu ziehen. Sitzt der Schmerz in der Extremität, so kann man die Art und Weise, wie der Belastende sich auszieht und wieder ankleidet, wie er seiner Muskeln sich bedient, heranziehen. Nicht selten sind auch die Arbeitsschwielen ein Beweis. Ein Mann mit Schmerzen im Arm oder an der Hand zeigt sehr oft geschonte Handflächen. — Alles in Allem: Es wird in der Regel gelingen, sich ein Urtheil zu bilden.

Eine andere Schwierigkeit in der Untersuchung Unfallverletzter besteht in der Beurtheilung der Bewegungsunfähigkeit bes. der Extremitäten. Es versteht sich von selbst, dass man hiebei auf alle Ursachen dieser Erscheinung Rücksicht nehmen muss. Eine der häufigsten in Frage kommenden Erscheinungen ist die Entscheidung, ob die Bewegungsunfähigkeit durch Verwachsungen des Gelenkes entstanden ist, oder durch gewollte oder pathologische Contractur der Muskeln. Die knöcherne Ankylose ist von der Contracturunbeweglichkeit leicht zu unterscheiden durch die Mitbewegung des oberen Gelenkknochens bei Hebelumsetzung an den vorderen Knochen. Die gewollte und pathologische Contractur wird nachgewiesen wiederum durch Verbinden der Augen, Ableitung der Aufmerksamkeit, weite Entblössung des Körpers und Ueberrumpelung des Exploranden.

Aeltere Gerichtsärzte glauben, dass hiezu die Narkose nothwendig sei; ich habe sie nie für nöthig befunden Mit Geduld und Ausdauer gelangt man immer zum Ziele. Man lasse nur den Simulanten seine Finger ruhig 2 Stunden lang contrahiren, probire immer wieder, ob sie auch wirklich fest contrahirt sind, und in der Regel ermüdet der Explorand schneller als der Arzt.

Liman sagt, dass es ihm immer ein befriedigender Genuss war, wenn er einen Simulanten entdeckte und setzt hinzu, dass nicht Gelehrsamkeit, sondern Menschenkenntniss, Zähigkeit des Arztes und Ueberlegenheit an Mutterwitz es ist, das endlich den den Sieg davon trägt. Dies unterschreibe ich voll und ganz.

Nicht selten hat der entlarvte Simulant vor dem Arzt, der ihn seiner Schliche überführte, einen gewaltigen Respect; eine Erscheinung, die auch schon Liman anführt.

Das Gutachten soll in möglichst präciser Form gegeben werden. Das Rückversicherungsamt hat wiederholt ausgesprochen, dass eine Aenderung im Zustande des Verletzten unter 10 Proc. zur Aenderung der Rente nicht genügt. Daraus schliesse ich, dass in der Regel die Arbeitsbeschränkung in runder Zahl anzugeben ist. — Obwohl nun das gleiche Amt ausgesprochen hat, dass es nicht angänglich ist, eine einmal rechtskräftig gewordene Rente abzuändern, weil sich der begutachtende Arzt im Ansatz der Arbeitsbeschränkung geirrt hat, so halte ich es doch in solchen Fällen für erlaubt, seine Meinung darüber verlautzugeben. — Immer aber hüte man sich, sein Urtheil auf Grund der Angaben des Patienten allein abzugeben, ein Fehler, der viel häufiger gemacht wird, als man glauben sollte. Ebenso ist die Zeit der Arbeitsbeschränkung genau anzugeben.

Ueber Therapie spreche ich nur dann, wenn ich dazu aufgefordert werde. Man kommt zu leicht in Conflicte mit dem behandelnden Arzt. — Die nicht nachgewiesene, aber vermuthete Simulation ist nach meiner Ansicht so zu beurtheilen, als ob sie nicht vorhanden wäre; denn hier gilt noch mehr als bei dem Strafgesetze: «in dubio pro reo.»

Ergebenheitsformeln und Floskeln der Gewissenhaftigkeit etc. halte ich für überflüssig. Erstere sind kaufmännisch, letzteres ist selbstverständlich.

Ich habe noch etwas auf der Seele, ich weiss aber nicht, ob es der Herr Redacteur passiren lassen wird: ich meine Stil und Orthographie. Nicht der Unterschied zwischen moderner und alter Orthographie, nicht die Rechtschreibweise der technischen Ausdrücke, aber jene Schreibfehler, die durch ihre Wiederholung beweisen, dass sie nicht auf Versehen, sondern auf Mangel an Schulkenntniss beruhen. Die Juristen sagen häufig, die Aerzte können nicht rechtschreiben. Die Herren der Berufsgenossenschaften, gewöhnlich Fabrikanten und Kaufleute, sollen nicht gleich so denken.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. med. **Friedrich Wolter: Das Auftreten der Cholera in Hamburg in dem Zeitraume von 1831 bis 1893 mit besonderer Berücksichtigung der Epidemie des Jahres 1892.** München 1898. Verlag von J. F. Lehmann.

Wolter, welcher wie wenig Andere die Qualification eines gründlichen epidemiologischen Forschers besitzt, zeigt uns im ersten Capitel seines umfangreichen Werkes, das ein Muster epidemiologischer Forschung genannt werden muss, dass gerade Indien, das Heimathland der Cholera, Beispiele und Beweise für die örtliche und zeitliche Disposition und die anderen «grossen Thatsachen» der Choleraverbreitung in typischer und überzeugender Weise bietet und dass das Studium dieser Verhältnisse die unerlässliche Vorbedingung für das Verständniss der epidemiologischen Forschungsergebnisse in Europa ist.

Nach einer Schilderung der sanitären Zustände Hamburgs in der Zeit von 1831 bis 1873 und einem Rückblick auf die früheren Choleraepidemien der Stadt folgen die eingehenden und gründlichen Untersuchungen Wolter's über die Epidemie des Jahres 1892, wobei er in objectivster Weise nicht nur die eigenen statistischen Erhebungen, sondern namentlich auch diejenigen Gaffky's, Reincke's, Wallichs' u. A. der Beurtheilung zu Grunde legt.

Die Choleraepidemie im Jahre 1892 in Hamburg galt bis in die neueste Zeit als ein Beweis für die Verursachung durch die Wasserleitung und für den Erfolg der modernen Bekämpfungsmaassnahmen. Um so mehr ist man überrascht, wenn Wolter nachweist, dass trotz der vielfachen Aenderungen in der Wasserversorgung die Cholerafrequenz im städtischen Gebiet, d. h. der inneren Stadt und den beiden Vorstädten St. Georg und St. Pauli 1832 = 11,5 Prom., 1848 = 10,93 Prom. und 1892 = 12,54 Prom. betrug. Die annähernde Gleichmässigkeit dieser Procentsätze in den drei schwersten Epidemien, welche Hamburg bisher gehabt hat, widerspricht a priori der Annahme, dass im Jahre 1892 im Gegensatz zu den Jahren 1832 und 1848 die Cholerafrequenz durch eine Infection der centralen Wasserleitung bestimmt worden wäre und lenkt unsere Aufmerksamkeit auf Factoren von grösserer Constanz und grossartigerer Gesetzmässigkeit hin, aus welchen, trotz jener notorisch so verschiedenartigen Wasserversorgung jene auffallende annähernde Gleichmässigkeit der Cholerafrequenz in diesen drei grössten Epidemien Hamburgs resultirt.

Auch das Auftreten der einzelnen Erkrankungsfälle ist nicht etwa, wie es bei einer Ausstreuung der Krankheitsursache gewissermaassen von einem Punkte aus, in dem Wasser der centralen Leitung doch anzunehmen wäre, ungefähr gleichzeitig erfolgt, sondern es sind in dem zeitlichen Befallensein der einzelnen Stadttheile nach der dem Gaffky'schen Berichte beigegebenen Statistik Unterschiede von 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12 Tagen nachweislich. Der weitere Verlauf der Epidemie gestaltete sich ganz in derselben Weise, in welcher sich nach den Feststellungen der epidemiologischen Choleraforschung (v. Pettenkofer) der Verlauf der Epidemien in grossen Städten zu gestalten pflegt.

Das auffallende Verschontbleiben der mit filtrirtem Wasser versorgten Nachbarstadt Altona, welches als glänzender Beweis für die Trinkwassertheorie hingestellt wurde, erscheint in ganz anderem Lichte, wenn Wolter nachweist, dass sich Altona auch schon in den Jahren 1831 und 1832, wo es noch nicht mit filtrirtem Wasser versorgt war und für Hamburg noch keine centrale Versorgung mit unfiltrirtem Elbwasser in Betracht kommt, in erheblichem Maasse verschont zeigte, wahrscheinlich desshalb, weil bei der höheren Lage Altonas und der geringeren Bodenfeuchtigkeit die klimatischen Factoren, welche den Gang der Epidemie bestimmen, in Altona nicht in demselben Maasse zu örtlicher Einwirkung kommen können, wie in Hamburg.

In gleicher Weise ist der aus dem Verhalten der Cholera in den Anstalten und Schiffen versuchte Nachweis, dass das Wasser als Träger der Krankheitsursache die entscheidende Rolle gespielt hätte, als missglückt zu erachten, weil sich aus der aufgestellten Statistik ergibt, dass zwar in 6 Anstalten ohne Leitungswasser unter 3200 Insassen kein Cholerafall vorgekommen ist, dass aber in 16 Anstalten mit Leitungswasser unter 1558 Insassen ebenfalls kein Erkrankungsfall sich ereignet hat.

Die centrale Wasserleitung mit unfiltrirtem Elbewasser, welche die grosse Epidemie des Jahres 1892 verursacht haben soll, besteht seit dem Jahre 1853. Seitdem, bis zum Jahr 1873, trat die Cholera in Hamburg in 9 Jahren auf, ohne eine solche Höhe, wie im Jahre 1892, zu erreichen; bei den grossen Epidemien von 1832 und 1848 bestand ja die centrale Wasserleitung noch nicht. Auch in diesen 9 Cholerajahren kamen stets die meisten und die ersten Fälle in den tiefst gelegenen Theilen Hamburgs an der Elbe vor. In diesen Cholerajahren kannte man den Commabacillus noch nicht, der ja erst 1883 von Koch entdeckt wurde, und isolirte man die Kranken und desinficirte man deren Ausleerungen noch nicht entfernt so gut wie im Jahre 1892. Sollte da, wo 7mal Gelegenheit dazu war, nie ein Cholerabacillus in die Elbe und von da in die centrale Wasserleitung gelangt sein?

Pettenkofer hat im ärztlichen Verein dahier nach seiner Rückkehr aus Hamburg, wo er sich während der Epidemie von 1892 eingefunden hatte, darauf hingewiesen, dass allerdings auch er der Ansicht sei, dass bei diesem Ausbruch die centrale Wasserleitung eine Rolle gespielt habe, aber nicht dadurch, dass dieses Schmutzwasser getrunken wurde, sondern dadurch, dass mit demselben fortwährend alle Strassen und Häuser und Geräthe in denselben imprägnirt worden seien. Der Schmutz, welchen die gut construirten Canäle in die Elbe abführten, sei mit dem unfiltrirten Elbewasser theilweise wieder in Haus und Hof zurückgekehrt. Desshalb habe die Canalisation in Hamburg nicht, wie in anderen canalisirten Städten, vor Typhus und Cholera schützen können, sobald die örtlich-zeitliche Disposition dafür eingetreten und die Einschleppung des Krankheitskeimes erfolgt war. Erst jetzt nach Einführung der neuen Filterwerke, kann Hamburg als assanirt betrachtet werden.

Dies sind nur einige von den zahlreichen Beweisen, durch welche Wolter die Annahme widerlegt, nach welcher das Trinkwasser die Ursache der Choleraepidemie im Jahre 1892 in Hamburg gewesen sein soll.

An Stelle dieser Annahme, welche jede weitere Forschung, soweit sie nicht gerade auf den (ebenfalls missglückten) Nachweis der Commabacillen im Trinkwasser gerichtet ist, ausschliesst, setzt Wolter die von ihm ermittelten epidemiologischen und localistischen Thatsachen.

Er stellt fest, dass sich die näheren Umstände der Einschleppung, wie bei allen Choleraepidemien, so auch in den früheren Epidemien und der von 1892 in Hamburg trotz eifrigster Nachforschung nicht feststellen liessen, eine Thatsache, auf welche, ebenfalls v. Pettenkofer zuerst hingewiesen und für welche er auch die richtige Erklärung gegeben hat.

Ferner constatirt Wolter, dass durch die Choleraepidemien in Hamburg, namentlich auch durch die des Jahres 1892, in schlagender Weise die Gesetzmässigkeit des jahreszeitlichen Einflusses auf die Cholerabewegung in Norddeutschland bestätigt wird, welche v. Pettenkofer zuerst für Preussen nachgewiesen hat.

Der meteorologische Charakter des Jahres 1892 war der, welcher nach v. Pettenkofer die Zeiten eines epidemischen Auftretens der Cholera bei uns auszuzeichnen pflegt: ungewöhnlich geringe Niederschläge (das Jahr 1892 war mit nur 547 mm Niederschlägen fast das regenärmste seit 1878), beträchtliche Verminderung der Luftfeuchtigkeit, ungewöhnlich grosses Verdunstungsbestreben; daraus resultirend: eine besonders starke Austrocknung der oberen Bodenschichten, starkes Sinken des Grundwassers und Fehlen eines Wiederansteigens desselben im Sommer. «In dieser Beziehung, sagt Wolter, ist Hamburgs Epidemie im Jahre 1892 ein Beweis für die von Pettenkofer'sche Behauptung, dass in Norddeutschland, wie in Niederbengalen die Choleramaxima auf diejenigen Monate fallen, welche durch geringste Bodenfeuchtigkeit ausgezeichnet sind.» Dass in Hamburg diese klimatischen Factoren zur entsprechenden örtlichen Einwirkung gekommen sind, zeigt sich daran, dass die Veränderungen des Grundwasserstandes dort nach Prof. Voller's Messungen vielfach eine sehr beträchtliche Grösse erreichten, während dies in der so schwach ergriffenen Nachbarstadt Altona sehr bemerkenswerther Weise nicht der Fall war, insofern nach Geh.-Rath Wallichs die Schwankungen des Grundwasserstandes in Altona im Laufe des ganzen Jahres nicht erheblich waren, ja an vielen Stellen von Januar bis Ende October der Stand des Grundwassers stets ganz gleich blieb, während er an anderen im August und September nur um 10—15 cm sank.

Die Abhängigkeit der Cholerafrequenz von den Bodenverhältnissen spricht sich, sowohl in den früheren Choleraepidemien Hamburgs, wie in der des Jahres 1892, in unverkennbarer Weise aus, insofern die tiefgelegenen Stadttheile, die an der Elbe liegen und von ihren Armen vielfach bis zur Inselbildung durchschnitten sind, im Vergleich zu den höher gelegenen, der Elbe ferneren, nördlichen Theilen stets durchweg schwerer betroffen waren, was Wolter im Einzelnen zahlenmässig nachweist.

Ebenso ist die Cholerafrequenz der Vororte Hamburgs im Jahre 1892 auf den niedrig gelegenen Geestschichten sehr heftig, auf den höher gelegenen Geestschichten aber viel geringer gewesen, während die höchsten Zahlen der Cholerafrequenz, die überhaupt erreicht sind, die auf Marschboden gelegenen Vororte zeigen.

Die statistischen Erhebungen bezüglich des Wohnungseinflusses haben ergeben, dass mit zunehmender Bevölkerungsdichtigkeit auch die Choleraerkrankungs- und Sterbeziffer stieg. Dabei konnte man überall sehen, dass reinliche Haushaltungen sich einer gewissen Immunität erfreuten, wenn auch diese Verhältnisse gegenüber den grossen Factoren örtlich-zeitlicher Natur zurücktreten müssen.

Wie das ganze Werk, so ist auch Wolter's Kritik des angeblichen Erfolges der sanitären Maassnahmen bei der Epidemie von 1892 ausserordentlich maassvoll, wenn auch treffend und entschieden. Er kommt dabei zu dem Schlusse, dass, wie v. Pettenkofer und Cuningham gezeigt haben, den sichersten Schutz gegen Choleraepidemien die schon in cholerafreien Zeiten auszuführende Assanirung der Städte und Ortschaften gewährt.

Man darf ohne Uebertreibung sagen, dass nur selten eine Choleraepidemie eine so gründliche und sachkundige Darstellung gefunden hat, wie das Auftreten der Cholera in Hamburg in dem Zeitraume 1831—1893 durch Wolter und dass ohne Zweifel der Wunsch des Verfassers in Erfüllung gehen wird, welchen er in den Worten ausspricht: Seine Arbeit möge dazu beitragen, «die Erkenntniss zu befestigen, dass die epidemiologische Auffassung der Choleraentstehung, welcher Herr Geh.-Rath v. Pettenkofer eine Stätte in der Wissenschaft bereitet hat, in den Thatsachen des Auftretens der Cholera in Hamburg in dem Zeitraume von 1831—1893 eine einwandsfreie Bestätigung findet.»

Wem anders hätte Wolter sein schönes Werk widmen sollen, als dem Begründer der localistischen Lehre, v. Pettenkofer? Diesem aber darf man zu einer solch' hervorragenden Bestätigung seiner Lehre Glück wünschen. Emmerich.

Dr. **L. Dalla Rosa**, k. k. a. ö. Professor der Anatomie an der Universität Wien: **Physiologische Anatomie des Menschen.** Eine Darstellung des Baues und der Verrichtungen des menschlichen Körpers mit besonderer Berücksichtigung des Bewegungsapparates für Turnlehrer, Turnlehramtscandidaten, Mittelschullehrer, sowie für Gebildete aller Stände. Erster Theil. **Der Bewegungsapparat** in 25 Vorträgen mit 116 in den Text eingeschalteten Holzschnitten, wovon 100 Originalabbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1898. 382 Seiten. Preis 12 Mark.

Das vorliegende Lehrbuch der Anatomie ist für einen grösseren Kreis berechnet; es soll sich, der Idee des Verfassers nach, sogar an die Gebildeten aller Stände wenden. Demgemäss ist gegenüber den gebräuchlichen Handbüchern der Anatomie eine starke Beschränkung des Stoffes eingetreten; doch wird das einmal Gebotene in ausführlicher Weise besprochen, wobei dem Zweck des Werkes entsprechend, die Statik und Mechanik des Körpers stark in den Vordergrund tritt. Das Buch ist inhaltlich, wie figürlich, wie der sonstigen Ausstattung nach sehr tüchtig und verdient Empfehlung. Indessen kann der Referent sich eines leisen Zweifels nicht erwehren, ob nicht der Herr Verfasser in Rücksicht auf das grosse Publicum, an das er sich wenden will, vielfach zu gelehrt vorgegangen ist. Z. B. wird, wer nicht ganz genau mit den Muskeln und Gelenken der unteren Körperhälfte Bescheid weiss, das lehrreiche Capitel über «Stehen und Gehen» nicht bewältigen können. Ja der Referent möchte sogar meinen, dass ein Studium der Anatomie und der Functionen in dem hier vorliegenden Umfang nicht ohne gründliche Orientirung an der Leiche möglich ist. Aus diesem Grunde wird das Buch, sofern es von einem Nichtmediciner benutzt werden soll, immer seine nähere Erläuterung durch eine parallel laufende Vorlesung finden müssen. Zum Selbstunterrichte eignet es sich besonders für solche Aerzte, die ein Interesse an der Orthopädie haben. M. Heidenhain.

Léon Bouchacourt: De l'exploration des organes internes à l'aide de la lumière éclairante et non éclairante. Endoscopie par les rayons de Röntgen. Steinheil, Paris 1898.

Nach einer langen überflüssigen Einleitung behandelt Verfasser im 1. Theil: 1. Die Durchleuchtung der Gewebe des menschlichen Körpers mit sichtbaren Lichtquellen einschliesslich der Untersuchung des Augenhintergrundes, die ja auch eine Durchleuchtung von Geweben darstellt, was er unter dem Namen

Actinoskopie zusammenfasst. 2. Die Endoscopie à lumière externe, worunter er die Beleuchtung der verschiedenen Körperhöhlen von einer ausserhalb derselben liegenden Lichtquelle durch Einführung eines Instrumentes auf natürlichem Wege versteht, also die Untersuchung des Ohres, der Nase, des Rachens, Kehlkopfes, Harnblase und Harnröhre, Scheide und Uterus, sowie Mastdarmes. 3. Die Diaphanoskopie, die Durchleuchtung des Magens und mit einigen Worten auch der Oberkieferhöhlen. 4. Die Endoscopie à lumière interne mit Einführung der Lichtquelle in die Körperhöhle, also Beleuchtung der Blase, wobei das Cystoskop von Albarran als das beste erklärt wird, der Uterushöhle, des Mundes und des Magens. Nach einigen Bemerkungen über photographische Aufnahmen der besprochenen Beleuchtungsbilder kommt der 2. Haupttheil, die Besprechung der Röntgenstrahlen, wobei besonders eingehend die verschiedenen Quellen der Elektricität besprochen und die Influenzmaschinen hervorgehoben werden, die in Frankreich eine ausgedehntere Anwendung zu finden scheinen als bei uns. Des weiteren wird dann die Durchleuchtung von Höhlen und deren Umgebung mit Röntgenstrahlen von aussen her besprochen, was Verf. Endodiascopie à lumière externe nennt, und zwar vom Munde und vom Damm aus und von innen her durch Einführung der eigens construirten Röntgenröhren in die Körperhöhle, Endodiascopie à lumière interne, um deren praktische Anwendung und Ausbildung sich Verfasser besonders bemüht hat, von Mund, Scheide und Mastdarm aus; für Schlund, Speiseröhre und Magen sind eigene Constructionen bereits in Arbeit. Ob Verfasser einen glücklichen Gedanken verfolgt hat, indem er die Untersuchung aller inneren Organe, die doch den verschiedensten Disciplinen angehören, die heutzutage ein Einzelner nicht mehr alle genügend beherrschen kann, in ein Buch zusammengedrängt hat, ist wohl sehr zu bezweifeln und es ist natürlich, dass die einzelnen Abhandlungen Fehler, Ungenauigkeiten und Unvollständigkeiten enthalten, umsomehr, als bei den meisten Abhandlungen fast nur französische Autoren und deren Anschauungen Berücksichtigung finden. Dr. Paul Ziegler-München.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 35 Band. 1. u. 2. Heft.

1) H. Senator: **Zwei Fälle von Querschnittserkrankung des Halsmarks. Beitrag zur Kenntniss der Sehnenreflexe, der secundären Degenerationen und der Körnchenzellen im Rückenmark.**

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

2) K. Gumpertz: **Hautnervenbefunde bei Tabes.** (Aus dem Laboratorium der Syphilisklinik der Charité, Prof. Lesser.)

Verfasser machte bei 8 Tabesfällen Hautexcisionen intra vitam und untersuchte das Verhalten der Nerven in den nach Heller mit Osmiumsäure behandelten Präparaten; bei 3 Fällen (welche alle uncomplicirt waren) fanden sich Degenerationen mehr oder weniger schwerer Art. Es sind demnach diese Degenerationsvorgänge als dem tabischen Processe eigenthümlich anzusprechen. Daraus, dass die Degeneration der sensiblen Nerven nicht in allen Fällen gefunden wird und auch bei vorgeschrittenen Fällen vermisst werden kann, lässt sich nicht schliessen, dass die Erkrankung der sensiblen Nervenendigungen nicht zu den frühesten Manifestationen des tabischen Processes gehört; während nämlich die Degenerationen der Hinterstränge irreparabel sind, sind die peripherischen Alterationen einer gewissen Restitution fähig. Für die theilweise Regeneration sprechen die oft staunenswerthen Remissionen und die Erfolge der therapeutischen Maassnahmen.

3) A. A. Hymans van den Bergh: **Ueber die Giftigkeit des Harns.** (Aus der med. Klinik von Prof. Nolen in Leiden.)

Die schon von Stadthagen angefochtene Lehre Bouchard's von der Toxicität des Harns wird vom Verfasser völlig zu entkräften versucht. Die Annahme einer mittleren Dosis letalis des normalen Harnes ist nicht statthaft, da die Differenz zwischen der höchsten und niedrigsten letalen Dosis, ebenso wie bei sehr verdünnten Lösungen von Strychnin sehr gross ist. Ferner kommen bei der Harninjection ausser den von Bouchard allein berücksichtigten chemischen Wirkungen auch physikalische in Betracht, da bei dem normalen Harn das wasseranziehende Vermögen 3mal so gross wie beim Blut ist.

Die Folgen der Wasserentziehung, welche man bei Injection solcher hyperisotonischer Salzlösungen erwarten muss, treten allerdings nur ein, wenn grössere Mengen der Salzlösungen injicirt werden, da der thierische Organismus über regulatorische Mechanismen, vorzugsweise in der Thätigkeit der Nieren, verfügt, gleichen aber dann den Erscheinungen bei Urininjectionen vollständig. Ferner ist die verschiedene Wirkungsart der in Alkohol löslichen und der in Alkohol nicht löslichen Bestandtheile des Eindampfungsrückstandes des Harns daraus erklärlich, dass der Concentrationsunterschied gegenüber dem frischen Harn meist ein sehr beträchtlicher ist und dass sich bei dem Verfahren der Eindampfung und der Alkoholextraction verschiedene toxische Substanzen erst bilden. Ebenso halten die Versuche mit dem durch Knochenkohle entfärbten Harn und mit den isolirten Harnfarbstoffen einer Kritik nicht Stand. Die geringere Giftigkeit der Harnaschelösung bestätigt sich ebenfalls nicht. Als weitere Mängel der Untersuchungen stellen sich ferner heraus: Die verschiedene Injectionsgeschwindigkeit, die grosse Differenz in den Resultaten, je nachdem man das Gewicht des Magendarminhaltes beim Körpergewicht der Kaninchen mit in Rechnung zieht oder nicht, ferner die Art der Berechnung der tödtlichen Dosis, als welche diejenige Menge des injicirten Harnes gilt, bei welcher die Injection wegen Cessirens der Athmung unterbrochen wird, während offenbar schon viel früher die zur Tödtung hinreichende Menge injicirt ist. Endlich wird auch der von Bouchard urgirte Unterschied zwischen Tag- und Nachtharn nicht bestätigt.

4) Fr. Lots-Friedrichroda: **Ueber einige mit mechanischen Hautreizen behandelte Fälle von Nervenkrankheiten.**

Verfasser berichtet im Anschluss an seine Arbeit: «Ueber die Wichtigkeit der centripetalen Erregungen für den menschlichen Körper», Zeitschrift f. klin. Medicin, XXX, Heft 1 u. 2, über die Erfolge, welche er bei Nervenkrankheiten durch Application der in jener Arbeit genannten Hautreize erzielte. Bei 11 Fällen von neurasthenischer Cephalaea wurden die Beschwerden durch Abreibungen mit Loofah und durch Kieslaufen beseitigt oder wesentlich gebessert. Guten Erfolg hatte die gleiche Cur bei 2 nervösen Kindern, bei welchen im Anschluss an Krämpfe Mitbewegungen und choreatisch-athetotische Zuckungen aufgetreten waren. Bei 2 Fällen von allgemeiner Nervosität bei Erwachsenen, bei 3 Fällen von aussetzendem Puls wurde ebenfalls bedeutende Besserung erzielt, während nervöses Herzklopfen durch die Cur nicht wesentlich gebessert wurde. Endlich wurde bei einem Falle von Neurasthenie, der vielleicht eine Uebergangsform zu Tabes darstellte, und bei einem vorgeschrittenen Tabesfall sehr auffällige Verminderung der Beschwerden erzielt. Die Frottirungen mit Loofah wurden so ausgeführt, dass die Körpertheile des im Bette liegenden Patienten der Reihe nach entblösst wurden, um Frösteln und Erkältungen zu vermeiden, und dass bei ganz neuem Schwamme und noch empfindlicher Haut fast kein Druck angewendet wurde, um keine Verletzungen zu verursachen. Traten trotzdem kleine Epidermisverluste auf, so wurden diese Stellen bei der nächsten Application umgangen; das Frottiren dauerte Anfangs 10 Minuten, wurde später auf 20 Minuten ausgedehnt, und 2—3mal täglich angewendet. Kopf und Brust bei Frauen wurden nicht frottirt. Das Frottiren hinterlässt ein eigenthümliches frisches Gefühl, nachtheilige Folgen wurden nie beobachtet. Das Barfusslaufen auf Kies wurde im Zimmer auf möglichst abgeschliffenen, ca. 1 cm im Durchmesser haltenden Steinchen, die auf Decken lagen, ausgeführt. Die Dauer betrug 10 Minuten bis zu 1 Stunde. Erkältungen wurden nie beobachtet. Die unangenehmen Empfindungen hören schon nach den ersten Tagen auf. Die Füsse werden warm, bei Gesunden tritt Hungergefühl, Anregung der Darmperistaltik, Steigerung der Potenz und Vermehrung des Kraftgefühls ein; der Vorzug dieser Cur vor den Kaltwassercuren besteht darin, dass Erkältungen vermieden werden, und dass dieselben in der Länge der Anwendung nicht begrenzt sind.

5) J. Pawinski-Warschau: **Ueber paroxysmale Polypnoë vom klinischen Standpunkte aus. Ein Beitrag zur Lehre von der Autointoxication bei Circulationsstö ungen.** (Schluss.)

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

6) O. Schaumann und E. Rosenqvist-Helsingfors: **Ueber die Natur der Blutveränderungen im Höhenklima.** (Schluss folgt.)

6) P. Jacob und P. Bergell: **Ueber den Einfluss nucleïnhaltiger Nahrung auf Blut und Stoffwechsel, unter besonderer Berücksichtigung des Phosphorsäurestoffwechsels.** (Aus der I. med. Klinik Leyden's und dem physiolog. Laboratorium Thierfelder's in Berlin.)

Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

Lindemann-München.

Centralblatt für innere Medicin, 1898, No. 42, 43.

No. 42. E. Schmoll-Basel: **Einige Bemerkungen zur Theorie der Gicht.**

Verfasser gibt auf Grund der neueren Literatur eine Uebersicht über die Theorie der Gicht. Als Ursache der Gichtnekrose sieht er die retinirten stickstoffhaltigen Stoffwechselproducte an, welche vor der Zeit und zwischen den Anfällen im Körper sich aufstapeln, und deren Retention durch Stoffwechselversuche bewiesen ist. Erreichen sie eine gewisse Concentration, so wirken sie nekrotisirend und führen zum Gichtanfall. Die Hauptfragen, die der Lösung harren, sind: Welche Stoffe sind es, die im Organismus der Gichtiker retinirt werden? Unter welchem Einfluss werden diese Stoffe zurückgehalten?

No. 43. R. Stern-Breslau: **Ueber Sichtbarkeit der Magen- und Darmcontouren bei der Athmung.**

Bei tiefer Respiration sind die Magencontouren oft gut sichtbar. Namentlich bei Senkungen des Magens, bei denen man auch

die kleine Curvatur respiratorisch sich verschieben sieht, gestattet diese Beobachtung mit einem Blick die Beurtheilung der Lage und Ausdehnung des Magens. Die Erscheinung beruht auf Reliefänderungen der Bauchwand während der Athembewegung und ist nicht selten von diagnostischem Werthe. W. Zinn-Berlin.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 44.

Breuer-Köln: **Eine neue Operation der Hypospadie der Eichel nach Bardenheuer.**

Die Operation besteht in Ablösung der Penishaut an der unteren Seite, Loslösung des vorderen und seitlichen Harnröhrentheils bis etwa zur Hälfte der Pars pendula, (so dass die Urethra sich leicht bis zur Penisspitze vorziehen lässt), Durchstechen eines dicken Troikars durch die Eichel von der Spitze aus und Durchziehen der mobilisirten Harnröhre mittels Pincette durch den so geschaffenen Canal, Fixirung mit 4 Seidennähten und passender Längsnaht der Haut.

Winkelmann-Barmen: **Neue Methode der Radicaloperation der Hydrocele.**

W. empfiehlt unter Schleich'scher Anaesthesie nach 3—4 cm langer Incision und nach Abfluss der Hydrocelenflüssigkeit den Hoden vorzuziehen, so dass die ganze Tunica vag. sich umkrempelt, der Sack wird nun so mit dem Hoden reponirt, dass die ganze Tunica vag. propr. nach aussen gegen die weitmaschig-bindegewebige Tunica vag. comm. sieht und mit dieser bald verwachsen kann. — Genaue Hautnaht.

W. glaubt, dass die einfache Methode ebensoviel leisten werde, als die eingreifenderen Methoden von Volkmann und Bergmann. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie, 1898, No. 45.

1) E. Schnaper-New-York: **Ueber die Altersveränderungen der fallopischen Tuben.**

Sch. hat seine Untersuchungen über die senilen Veränderungen der Tuben bei 20 Frauen im Alter von 47—90 Jahren angestellt. Er fasst den Process ungefähr als ein Analogon der Kolpitis senilis auf. In beiden Fällen kommt es zum theilweisen Verlust des Oberflächenepithels, zu mehr weniger starker Wucherung von Bindegewebe und zum partiellen oder totalen Verschluss der betreffenden Organe. Musculatur und Adventitia der Gefässe der Tuben zeigen ebenfalls Wucherungsvorgänge mit nachfolgender Schrumpfung. In allen 3 Schichten der Tube spielt sich mithin eine Bindegewebsentwickelung ab, so dass eine scharfe Abgrenzung derselben gegen einander nicht mehr möglich ist.

2) A. Sippel-Frankfurt a. M.: **Ein Fall von Scharlach nach Laparotomie nebst Bemerkungen zum puerperalen Scharlach.**

Der Fall ereignete sich bei einer 22jährigen Virgo mit einem Ovarialtumor, kam 3 Tage post operat. zum Ausbruch und verlief günstig. Pat. war also schon vor der Operation inficirt. S. schliesst daraus, dass man bei einfachem Scharlach eine unaufschiebbare Operation, z. B. Herniotomie, ohne Furcht ausführen darf, und ferner, dass eine Scharlachkranke auch niederkommen können muss, ohne dass die Geburtswege inficirt werden, sowie dass eine Wöchnerin an Scharlach erkranken kann, ohne dass die Genitalien inficirt werden. Dies bezieht sich jedoch nur auf den einfachen, nicht auf den sogen. Wundscharlach. Jaffé-Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 45

1) R. Kuckein-Königsberg: **Ein Fall von latenter Tetanie bei hochgradiger Erweiterung des Magens in Folge carcinomatöser Pylorusstenose.**

Der Patient, ein 48jähriger Kaufmann, kam mit einer tiefen Bewusstseinsstörung zur Beobachtung und starb 20 Stunden nach der Aufnahme. Die Section erwies ein auch schon in vivo diagnosticirtes Pyloruscarcinom mit zahlreichen Metastasen, das zu einer enormen Magenerweiterung geführt hatte. Klinisch kam ausser den cerebralen Symptomen zur Beobachtung, dass sich an dem Kranken das Trousseau'sche Phänomen auslösen liess, nicht sicher das Chvostek'sche Phänomen (mechanische Uebererregbarkeit des Facialis); klonische Zuckungen in verschiedenen Muskeln waren constatirt worden. Eine wesentliche Steigerung der elektrischen Erregbarkeit liess sich nicht nachweisen; tonische Krämpfe fehlten. Trotzdem glaubt K. seinen Fall sicher für latente Tetanie ansprechen zu dürfen, besonders mit Rücksicht auf Beobachtungen über Kindertetanie. Die einzige manifeste Erscheinung der Tetanie war in diesem Falle die schwere Benommenheit. Nachzuweisen war noch eine Eindickung des Blutes. Verfasser hält es für wahrscheinlich, dass die Magentetanie auf einer Intoxication beruht.

2) G. Strube-Berlin: **Mittheilung über therapeutische Versuche mit Heroin.**

Das Heroin ist ein Substitutionsproduct des Morphins. Bei Thieren ruft es in grossen Dosen den Eintritt allgemeiner Narkose mit Erlöschen der Reflexe und Schlaf hervor; ferner einen erheblichen Rückgang der Athemfrequenz, sowie nach einiger Zeit tetanische Krämpfe. Therapeutisch verwendete St. das Heroin in Pillenform à 0,005 g, oder in Tropfen und ging nicht über 0,01 p. dosi und 0,025 p. die hinaus. Die Wirkung studirte Verfasser meist an Phthisikern; bei diesen bewirkte es leichte Betäubung, resp. Schlaf, sowie Aufhören des Hustenreizes für mehrere Stunden. In manchen Fällen versagte es. Die schmerzstillende Wirkung steht jener des Morphins nach. Auch beim Menschen sinkt schon bei kleinen Mengen die Athemfrequenz bedeutend, z. B. bei einem Vitium cordis von 52 auf 36, dabei ist die Athmung ruhig. Schädliche Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung; es scheint, dass bald eine gewisse Gewöhnung an das Mittel eintritt; ob eine chronische Intoxication sich bemerkbar macht, ist z. Z. noch unsicher. Das Mittel ist jedenfalls nur unter steter ärztlicher Controle zu benützen und es ist gerathen, es nicht zu freigebig anzuwenden.

3) R. Ledermann-Berlin: **Ueber einen Fall von schwerer Intoxication nach Injection von grauem Oel.** (Schluss folgt.)

4) Hasenclever-Aachen: **Hypertrophische Lebercirrhose mit chronischem Ikterus und Milztumor bei 3 Kindern derselben Eltern.**

Die betreffenden Kranken waren 2 Mädchen im Alter von 22, resp. 24 Jahren, sowie ein Knabe von 18 Jahren. Die erste Patientin erkrankte vor 4 Jahren mit Ikterus, der constant bestehen blieb, ferner Leber- und Milztumor; Erscheinungen portaler Stauung bestanden nicht. Aehnlich sind die Symptome bei den beiden Anderen. Bemerkenswerth ist ferner ein Zurückbleiben der körperlichen Entwicklung bei den 3 Kranken, das sich deutlich aus dem Vergleich mit den gesunden Geschwistern derselben ergibt. Als Entstehungsursache der Erkrankungen ist sehr wahrscheinlich hereditäre Syphilis anzunehmen, Malaria ist auszuschliessen. Verfasser hält es für möglich, dass die Wachsthumshemmung als eine directe Folge der Lebercirrhose aufzufassen ist. Die Section der inzwischen gestorbenen ersten Patientin ergab hypertrophische Lebercirrhose ohne Lappung des Organs, Milztumor, keinen Ascites. Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1898. No. 45.

1) Otto Leichtenstern: **Ueber Harnblasenentzündung und Harnblasengeschwülste bei Arbeitern in Farbfabriken.** (Aus dem Bürgerhospital in Köln.)

Vortrag, gehalten in der Abtheilung für innere Medicin der Naturforscherversammlung zu Düsseldorf am 22. September 1898. Referat siehe diese Wochenschrift No. 42, pag. 1348.

2) Langenbuch: **Ueber die Technik der Choledochotomie.** (Aus dem Lazaruskrankenhause in Berlin.)

Unter Mittheilung von drei interessanten, im Januar lfd. Js. in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins demonstrirten Fällen plaidirt L. für die pylorische Operationsmethode, welche darin besteht, das Duodenum von dem durch Bauchschnitt freigelegten Pylorus aus herauszuziehen und seine Hinterseite mit den Fingern von der Unterlage vorsichtig abzudrängen, dann den Choledochalstein früh zu fixiren und die Choledochalwunde möglichst gar nicht zu vernähen, sondern auf vier Tage mit Jodoformtamponade, sei es mit oder ohne Drainage, zu versorgen.

3) Richard Mühsam: **Versuche mit Röntgenstrahlen bei experimenteller Tuberculose.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des städt. Krankenhauses Moabit in Berlin.)

Nach den an 28 Meerschweinchen angestellten Versuchen scheinen die Röntgenstrahlen in der That auf locale Tuberculosen bis zu einem gewissen Grade wenigstens abschwächend einzuwirken, womit sich auch die in einzelnen Fällen von Lupus erzielten Resultate erklären lassen. Ob durch sie eine directe Heilung erzielt werden kann, liess sich nicht nachweisen; auf den Verlauf der allgemeinen Tuberculose haben sie keinen Einfluss.

4) Ludwig Herzog: **Neun Fälle von ulceröser Endocarditis.** (Aus der innern Abtheilung des Krankenhauses Bethanien in Berlin.)

Mittheilung der Krankengeschichten von 9 Fällen ulceröser Endocarditis und kritische Besprechung derselben, jedoch ohne wesentlich neue Gesichtspunkte zu berühren.

F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 44.

1) Rydygier-Lemberg: **Einige Bemerkungen über die auf unserer Klinik geübte Methode der Anti- und Asepsis.**

R. verwendet auch Antiseptica, wie Sublimat, Jodoform, Arg. nitric. und Liq. Burowi und glaubt, dass dieselben in geeigneter Concentration auch eine gewisse Tiefenwirkung besitzen, ohne die Gewebe selbst zu schädigen. Die bei Operationen verwendete Seide wird in 5 proc. Carbolwasser gekocht, Catgut trocken sterilisirt und kurz vor dem Gebrauch in Alkohol geworfen, wobei es geschmeidig und fest bleibt. Bürsten wendet R. seit Jahren bei der Händedesinfection nicht mehr an, im Uebrigen folgt er der Fürbringerschen Methode. Mit Handschuhen oder Maske operirt Verfasser nicht. Laparotomien in Privathäusern hält R. für ungefährlicher als in den Kliniken, wo die Infectionsgefahr, auch jene durch die Luft, viel grösser ist.

2) Fr. v. Sölder-Wien: **Zur Anatomie des Chiasma opticum beim Menschen.**

Seit der Stellungnahme v. Kölliker's ist die Frage wieder offen, ob im Chiasma die Sehnervenfasern sich ganz oder nur theilweise kreuzen. Verfasser versucht die Lösung derselben auf dem Wege der Rechnung. Er legt einen sagitalen Medianschnitt durch das Chiasma, zur Verlaufsachse senkrechte Schnitte

durch den N. opticus und andererseits durch den Tractus opticus und untersucht durch Zählung der Nervenfasern und Berechnung der Schnittflächengrössen, ob der mediane Chiasmaschnitt weniger Fasern enthält, als ein Nervus und ein Tractus zusammen. Trifft dies zu, so muss, wie eine algebraische Formulirung ergibt, eine partielle Kreuzung der Fasern statthaben, während, wenn die Sehnervenkreuzung eine vollständige wäre, die Summe der in einem Nervus und einem Tractus verlaufenden Fasern im Chiasma vom sagittalen Medianschnitte getroffen sein würde. Die Zählung ergibt nun, dass in der That die Fasernzahl im Chiasmadurchschnitt geringer ist, als im Nervus und Tractus zusammen, dass also eine theilweise Kreuzung statthaben muss. Dies geht auch aus der vergrösserten Zeichnung der Querschnitte hervor.

3) L. Luksch-Graz: **Ueber Darmblutung und Darmstenose nach Brucheinklemmung.**

6 Tage nach der Operation einer rechtseitigen Leistenhernie (31jähr. Bedienter) entleerte der Patient ca. 150 ccm reinen Blutes per anum, dann traten anfallsweise Leibschmerzen mit Erscheinungen einer Stenose ein. Die Laparotomie ergab keine Knickung, sondern ein 10 cm langes verengertes Darmstück am zuführenden Ende. Resection von 26 cm Darm, Verschluss des Leistencanals nach Bassini, glatte Heilung.

Derartige Darmblutungen fand Verfasser unter 210 Fällen incarcerirter Hernien noch 2mal erwähnt; der eine davon hatte mit Tod geendigt. Prognostisch sind jene Fälle günstiger, wo bald nach der Lösung der Einklemmung die blutigen Stühle auftraten. Ursache der letzteren ist die Nekrose der Mucosa, welche durch die bei der Einklemmung gesetzte Circulationsstörung eintritt und zwar früher als an der Serosa, da die Mucosa im Darmgefässbezirk peripherer liegt. Diese Blutungen kommen bei Patienten mit brüchigen Gefässen, also bei alten Leuten und Potatoren am meisten vor. Die Gangrän der Schleimhaut wird befördert durch den enormen Bacteriengehalt des Darminhaltes. Ein derartiges Präparat ist im Original abgebildet, wo es am 6. Tage post operationem zur Blutung gekommen war. Die Stenose braucht nicht in dem incarcerirt gewesenen Darmstück zu entstehen, sondern kann auch in dem zuführenden Stücke zur Ausbildung kommen, im Anschlusse an die durch venöse Stase bewirkte Schleimhautgangrän. Ob bei der incarcerirt gewesenen Hernie nachderhand eine Darmblutung zu befürchten ist, kann nicht sicher erkannt werden. Verdächtig sind subseröse Haemorrhagien dafür, dass die Schleimhaut bereits stark gelitten hat.

Dr. Grassmann-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Breslau.** October 1898.

30. Bäck Salo: Experimentell-histologische Untersuchungen über Contusio bulbi.
31. Schäffer Jean: Die Visceralerkrankungen der Leprösen, nebst Bemerkungen über die Histologie der Lepra. (Habilitationsschrift.)

Universität **Erlangen.** October 1898.

34. Petersen Otto: Ueber Paralyse der Placentarinsertionsstelle.
35. Roscher Alfred: Ein Fall von juveniler, progressiver, spinaler Muskelatrophie.
36. Ihl Otto: Ueber einige Wirkungen des Phenylthiobiazolinsulfhydrat.
37. Zeltner Edwin: Ein Fall von Beckenenchondrom.

Universität **Freiburg i. B.** October 1898.

44. Schleip Karl: Ueber einen Fall von traumatischer Erkrankung des Conus medullaris.
45. Marx Moritz: Zur Lehre von der partiellen Farbenblindheit.
46. Strauss Julius: Zur Casuistik der Oberkiefertumoren und deren Behandlung (nach dem Material der Freiburger chirurgischen Klinik der Jahre 1888—1898.)

Universität **Giessen.** Octobber 1898.

14. Bentrup C.: Ueber die Embolie der Arteria centralis retinae.
15. Joeckel Otto: 25 Fälle von «Placenta praevia».
16. Frick Heinrich: Ueber einen Fall von isolirter Luxation des Os naviculare.
17. Remmlinger Heinrich: Zur Casuistik der Tuberculose der Bindehaut.

Universität **Heidelberg.** October 1898.

19. Vogt Heinrich: Ueber einen Fall von Weil'scher Krankheit.
20. Willms F.: Ein Beitrag zur Ureterentransplantation.

Universität **Jena.** August 1898.

21. Blanke C.: Ein Beitrag zur Frage der Posticuslähmung.

September und October Nichts erschienen.

Universität **Kiel.** Octobber 1898.

60. Asbeck Eduard: 4 Fälle von Sanduhrmagen und ihre operative Behandlung.
61. Möller Hans: Leber die Pyloroplastik.
62. Meitzen Wilhelm: Ueber 2 Fälle von Dermatomyositis.
63. Vogeler Julius: Ein Fall von abgelaufenem tubaren Aborte.
64. Massmann Alexander: Zur Casuistik der diffusen Ponsgliome.
65. Witte Friedrich: Ueber einen Fall von Selbstbeschädigung bei einer hysterischen Frau.

Universität **Marburg.** October 1898.

18. Girth Max: Ein Beitrag zur Kenntniss der Blutung zwischen Netzhaut und Glaskörper.
19. Seemann John: Ueber die reducirenden Substanzen, welche sich aus Hühnereiweiss abspalten lassen.
20. Sopp A.: Ueber den Einfluss der Geburt auf Temperatur und Puls beim Einzelindividuum.
21. Melzer Hugo: Ueber Darmverschluss durch Gallensteine.
22. Kühne Fritz: Beiträge zur Anatomie der Tubenschwangerschaft. Hab.-Schrift (6 Tafeln).

Universität **München.** October 1898.

147. Braun H.: Ein Fall von Peritonitis in Folge Pyelonephritis.
148. Zimmermann Friedrich: Ueber das Verhalten der Milz bei Lebercirrhose.
149. Gack Eugen: Ueber einen Fall von traumatischem Intestinalcarcinom.
150. Jungblut Georg: Ein Fall von Melanosarkom der Haut mit Metastasenbildung und nachfolgender Compressionsmyelitis.
151. Ploeger Heinrich: Zur Frage der osteoplastischen Deckung angeborener Schädelöffnungen (Hirnbrüche).
152. Schild Rudolf: Ueber Gastrostomie mit besonderer Berücksichtigung der neueren Methoden.
153. Kunstmann Erich: Zwei Fälle wahrscheinlicher Phosphorvergiftung nebst einem Bericht über einen Fall von acuter Phosphorvergiftung.
154. Sedlmaier August Carl: Ueber die Abnahme der Organe, insbesondere der Knochen, beim Hunger.

Universität **Strassburg.** October 1898.

37. Goldschmidt Franz: Ueber die Einwirkung von Säuren auf Eiweissstoffe.
38. Faust Edwin S.: Ueber das Glutolin, eiu Albuminoid des Blutserums.
39. Heimann Sigmund: Einige Fälle von Steinen in der Urethra.

Universität **Würzburg.** August, September u. October 1898.

69. Albert Ferdinand: Ueber einen Krebs der Magengegend mit Flimmerepithel (nebst allgemeinen Bemerkungen über das Vorkommen von Flimmergeschwülsten).
70. Asef Nota: Die Mortalitätsstatistik der Perityphlitiden in der Schweiz. Eine medicinisch-statistische Studie.
71. Blumensaat Carl: Zur Casuistik des schweren Ikterus bei Neugeborenen.
72. Boytink Carl: Zur Casuistik der Tumoren am Augenlid: Seltene Form von Papillom.
73. Dahm Ernst: Histologische Vorgänge bei der käsigen Pneumonie.
74. Gassert Alfred: Ueber Adenom und Carcinom derselben Mamma.
75. Górski Alfred: Ueber das Auftreten von Lungenembolien nach Injection unlöslicher Quecksilberpräparate. (Aus der königl. dermatologischen Klinik der Universität Breslau.)
76. Grünfeld Felix: Ueber Tympania uteri, ihre Ursachen und Gefahren.
77. Hallermann Wilhelm: Die Verwendbarkeit des Holocains in der operativen Augenheilkunde.
78. Heichelheim Sigmund: Statistisches über die Carcinome der Prostata und ihrer nächsten Umgebung nebst Anführung eines eigenen Falles von Primärcarcinom der Prostata.
79. Herrmann Franz: Ueber die quantitative Bestimmung des Quecksilberdampfes in der Luft.
80. Hirschfeld Isidor: Blutuntersuchungen bei croupöser Pneumonie.
81. Horsch Friedrich Wilhelm: Einfluss der Verdauung auf das Drehungsvermögen von Eiweisslösung.
82. Klein Heinrich. Pathologisch-histologische Studie über eine seltene Combination von Sarkom und Carcinom der Nasenhöhle.
83. Koch Daniel: Ueber fibrilläre Muskelzuckungen.
84. Kürle Hans: Die Erfolge der letzten 100 Ovariotomien an der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg.
85. May Oswald: Ueber Haemangioma cavernosum der Leber und seine Genese.
86. Monreat Peter: Ein Fall von spondylolisthetischem Becken.
87. Mosberg Bernhard: Ueber die Ausscheidung des Phlorhizins und des Zuckers in der Niere.
88. Pitsch Richard: Ein Fall von angeborenem Hochstande der Scapula. (Sprengel'scher Deformität.)
89. Rheinheimer Hermann: Ueber congenitalen partiellen Defect der Fibula.
90. Schmid Hugo: Neue Untersuchungen über Kohlensäuregehalt der Inspirationsluft.
91. Sorgenfrei Paul: Ein nach 12 Jahren recidivirtes Unterlippencarcinom.
92. Stock Friedrich: Ueber die cerebralen und bulbären Symptome bei Tabes und Lues.

93. Treutlein Adolf: Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen den gliösen und sarkomatösen Geschwülsten des Gehirns.
94. Weissbart Moses: Ueber Bronchopneumonie.
95. Winter Emil: Histologische Untersuchungen über miliare Tuberculose und Pseudotuberculose der Lunge.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 9. November 1898.

Demonstrationen:

Herr **R. Kuttner**. Eine Demonstration zur «Curpfuscherei». Der vorgestellte Patient hatte wegen eines Ulcus an der Glans penis den Curpfuscher Falbe in der Elsässerstrasse aufgesucht und war von ihm mit Umschlägen mit reiner concentrirter Carbolsäure behandelt worden. Ausgedehnte Verätzungen waren die Folge. Der Process, ein harter Schanker, wurde in keiner Weise beeinflusst; das Eruptionsexanthem ist z. Z. entwickelt.

Herr **Pick**: **Syphilis des Bauchfells und Amyloid der weiblichen Organe.**

Eine 56jährige Frau, welche nichts von einer Infection wusste, aber der Anamnese nach luetisch inficirt worden war (bald nach der Ehe erst Abort, dann Halsgeschwüre, foetider Ausfluss aus der Nase, Einsinken des knöchernen Gerüstes der Nase) suchte wegen Kopfschmerz und Herzklopfen den Arzt auf; es wurde Lues, luetische Lebercirrhose und Amyloid der Nieren angenommen. Bald Exitus. Vortragender hatte die Section zu machen und fand starken Ascites und Oedeme; lappige Leber mit Gummiknoten und Narben; Amyloid der Milz, Nieren, des Herzfleisches und der Genitalien. Uterus dabei klein und atrophisch.

Im Peritoneum an umschriebener Stelle hanfkorngrosse Knötchen mit einer kleinen centralen Delle, wie wenn hier ein kleiner Gang mündete. Mikroskopisch bestanden die Knötchen aus Granulationsgewebe, dessen oberflächliche Schichten verfettet waren, an der Stelle der Dellen waren die fettig entarteten Theile abgestossen. Keine Tuberkelbacillen. Vortragender hält diese Knötchen für kleine Gummata.

Das Amyloid in den Genitalien findet sich wesentlich in den kleinen Gefässen, dem Bindegewebe, aber auch in den glatten Muskelfasern.

Dieser Fall ist noch interessant desswegen, weil die Frau bis in die letzte Zeit hinein keine Quecksilbercur ihrer Syphilis durchgemacht hatte; er dient also als Widerlegung jener, die noch immer dem Quecksilber Schuld an den bei Syphilis vorkommenden Processen zuschreiben wollen.

Discussion: Herr Virchow erwähnt, dass er im Jahre 1856 einen Fall secirte, in welchem sich eine umschriebene «Tuberculose» der Pleura neben Narben in der Lunge, Amyloid aller Organe, insbesondere des Herzens und Uterus gefunden habe. Dass die Knötchenbildung schon damals ihm als keine gewöhnliche Tuberculose erschienen war, habe er durch die Signatur in der Sammlung angedeutet; heute halte er diesen seinen Fall ebenfalls für Syphilis. Der Uterus war in diesem Fall gross

Herr **O. Israel** demonstrirt ein Leichenpräparat von **Stenose und Insufficienz des Ostium pulmonale** bei einem alten Manne. Der Träger dieser Affection hatte nie Herzbeschwerden gehabt Ob dieselben angeboren oder später erworben, ist nicht ganz sicher zu entscheiden.

Tagesordnung:

Herr **L. Casper**: **Therapeutische Erfahrungen über den Ureterenkatheterismus**

Vortragender berichtet zunächst über folgende 3 Fälle:

1. 40jähriger Mann erkrankte am 5. III. d. J. plötzlich an heftigen Schmerzen in der rechten Seite und von diesem Augenblicke an konnte er keinen Harn mehr entleeren. Harndrang war wohl vorhanden, aber auch der Katheterismus der Blase ergab am folgenden Tage keinen Urin. 30 Stunden nach Beginn der Anurie fand Vortragender den Patienten in noch verhältnissmässig guter Verfassung. Niere war nicht zu fühlen, auch die Nierengegend nicht empfindlich. Als nach weiteren 6 Stunden der Ureterenkatheter eingeführt wurde, stiess man 5 cm hinter der Blase auf ein Hinderniss von fester Consistenz. Versuch, dies als Stein gedeutete Hinderniss zu lockern, war erfolglos und nun goss Vortragender nach dem Vorgange von Kolischer in Wien 50 g heisses Oel durch den Katheter in den Ureter. Es floss weniger zurück, als hineingegossen worden war. Patient wurde zu Bett gebracht, nach 10 Minuten flossen 200 ccm Urin ab, nach weiteren 10 Minuten wiederum 200 und so im Laufe des ersten Tages 6 Liter. In den folgenden Tagen täglich ca. 3 Liter. Ein Stein war nicht beobachtet worden, bis plötzlich nach 8 Tagen Patient beim Urinlassen ein Hinderniss fühlte. Er wurde cystoskopirt, ein kleiner Stein in der Blase gesehen und nach Zertrümmerung durch Auswaschen entfernt. Patient ist seitdem gesund geblieben.

2. Fall. 28jährige Frau hatte unmittelbar nach einer früheren Entbindung Blasenkatarrh und Harngries gehabt. Im März 1897 erkrankte sie an heftigen Schmerzen in der rechten Seite; dieselben waren zeitweise sehr gross und die Seite schwoll an; der Harn wurde trübe, eitrig. Man fühlte einen grossen Tumor in der rechten Seite und es wurden nun Auswaschungen des Nierenbeckens mit Argent. nitr. 1,0 : 1000,0 in mehrtägigen Pausen 14 bis 15mal vorgenommen. Es konnte jedesmal constatirt werden, dass die Flüssigkeit wirklich in den Tumor floss und dass sie sich durch Druck auf denselben im Strahle entleeren liess.

Patientin ist seitdem geheilt.

3. Fall. 34jähriger Mann; Schmerzen in der rechten Seite, dieselbe schwoll an. Schüttelfröste und Fieber, was bei den vorgenannten nicht gewesen war. Ein Tumor war nicht zu fühlen. Tuberkelbacillen nie im Urin zu finden gewesen. Der Katheter entleert aus dem rechten Ureter einen Harn, welcher trüber und eiweissreicher war, als der Blasenharn. Auch hier konnte der Flüssigkeitsstrom durch Druck auf die Niere gesteigert werden.

Gleich nach der ersten Nierenbeckenwaschung bekam Patient einen Schüttelfrost und Verschlechterung des Allgemeinbefindens; der Harn wurde nicht besser. Nun legte C. einen Verweilkatheter in den Ureter ein für 3mal 24 Stunden und spülte täglich aus. Erfolg zunächst negativ, erst nach einer neuen Waschung trat sehr heftiger Eiterabfluss ein und nun erfolgte rasch Heilung.

In der Besprechung dieser Fälle weist Vortragender darauf hin, dass im ersten die völlige Anurie jedenfalls reflectorisch zu Stande gekommen war, wie dies I. Israel erklärt hat. Die Behandlung des im Ureter eingeklemmten Steines ist desswegen so dankbar, weil die blutige Operation, die bei Patienten, welche der Uraemie nahe sind, recht ungünstige Chancen bietet.

Im 2. Falle handelte es sich wohl um eine im Anschluss an eine gonorrhoische Cystitis nach Jahren entstandene Pyelitis. Ein 6 cm vor dem Nierenbecken zu fühlendes Hinderniss mag zur Stauung und diese zur Infection geführt haben.

Im 3. Falle dürfte die letzte Spülung einen Eiterherd eröffnet und damit zur Heilung geführt haben.

Durch den Harnleiterkatheterismus wird die Pyonephrose um so seltener werden, je früher man die Pyelitis, acute und chronische, mit Spülungen behandelt.

Gegen die von J. Israel in der kürzlich stattgehabten Discussion über einen von Litten demonstrirten Fall (s. No. 44) gemachte Bemerkung, dass man nur dann eine Nephrectomie machen dürfe, wenn die pro die entleerte Harnstoffmenge mehr als die Hälfte des Gewöhnlichen betrage, wendet sich Vortragender mit dem Hinweise darauf, dass in Litten's Fall 18 g Harnstoff, also mehr als die normale Hälfte, entleert wurden und doch Uraemie eingetreten sei. Es habe in diesem Falle die exstirpirte kranke Niere eben noch soviel producirt. Auch sei eine derartige Ansicht, wie die Israel's schon desswegen nicht haltbar, weil doch die Harnstoffmenge von so vielfachen Factoren, wie Fieber, Verdauungsstörungen, abhänge. Nur wenn dauernd eine Herabsetzung da sei, dann könne dies als Contraindication gegen die Operation verwerthet werden. Viel sicherer gehe man daher in derartigen Fällen mit dem Ureterenkatheterismus, welcher feststellen lasse, ob die andere Niere functionstüchtig sei oder nicht.

Dies lasse sich gegen Israel's Meinung wohl feststellen, man müsse bloss den Katheter bis in das Nierenbecken vorschieben, dann fliesse kein Harn daneben ab.

Dass der Ureterenkatheterismus unter Umständen schaden könne, wurde behauptet. Die Erfahrung spreche bis jetzt dagegen. Nur glaube er, solle man bei tuberculösen und fieberhaften Processen von dem Katheterismus Abstand nehmen.

Discussion: Herr J. Israel weist darauf hin, dass er von 5 Fällen 3 geheilt habe. Dieselben befanden sich alle bereits in schwerer Uraemie. Dies habe Herr Casper bis jetzt wohl nicht erlebt.

Dass die Anurie in Fällen, wie der erste Casper'sche, thatsächlich reflectorisch zu Stande komme, beweise eine von ihm gemachte Beobachtung: bei einer Frau trat etwa 10mal 3—6 Tage anhaltende völlige Anurie auf, die jedesmal mit dem Moment der Steinentleerung beseitigt wurde. Es wurde dies Resultat auch cystoskopisch festgestellt. H. K.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 7. November 1898.

Demonstrationen:

Herr **C. Benda** mikroskopische Präparate von Endocarditis mycotica, Herr **Heller** und ebenso Herr **Blaschko** Patienten mit **Psoriasis**, bei welchen sich die Hautaffection auf vorher lädirten Stellen (Tättowirung und dergleichen) entwickelt hat. Herr

Blaschko meint, dass sich solche strichförmige Ausbreitung auch ohne vorangegangene Laesion und unabhängig von Nerveneinflüssen in der erwähnten Weise entwickeln könne, da die Lymphbahnen, die elastischen Fasern u. s. w. in der Haut eine ganz bestimmte strichförmige Anordnung hätten.

Herr **Lennhoff** die Präparate eines Falles von **atrophischer Lebercirrhose**, der intra vitam eine Zeit lang wegen grosser Milz und haemorrhagischer Diathese für eine Pseudoleukaemie gehalten worden war.

Herr **A. Fraenkel** einen sehr grossen **Gehirntumor** im rechten Sehhügel und dessen Nachbarschaft. Derselbe hatte bis kurze Zeit vor dem Tode nur ganz unbestimmte geringfügige Symptome gemacht. Später Taumeln und jene eigenartige emotionelle Facialisparese (beim Lachen, Weinen).

Tagesordnung:

Herr **Placzek: Klinisch-mikroskopische Beiträge zur progressiven Muskelatrophie.**

Nach einer historischen Einleitung und Demonstration eines anderen Falles von Muskelatrophie bespricht Vortr. den Krankheitsverlauf und Obductionsbefund eines Falles, in welchem intra vitam das Bild der progressiven Muskelatrophie bestanden und in der späteren Zeit noch die Patellarreflexe gefehlt hatten. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Vortr. neben der Atrophie der Vorderhörner noch eine vollständige Atrophie der Hinterstränge, also das anatomische Substrat der Tabes.

Die Discussion wird vertagt.

Gesellschaft der Charitéärzte.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 3. November 1898.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Kaminer** demonstrirte **Blutpräparate** von an Sepsis und Pyaemie Erkrankten. Die Leukocyten in denselben zeigten die Ehrlich'sche «Glycogenreaction», welche Redner in 10 Fällen von Puerperalfieber constant nachweisen konnte. Er erklärte jedoch, dass keine vollgiltigen Beweise vorhanden sind, dass die jodophile Substanz in den Leukocyten wirklich Glycogen sei und behalte sich vor, die Frage noch näher zu studiren, ob es sich um einen Infiltrations- oder um einen Degenerationsprocess handle.

Tagesordnung: Krankenvorstellungen.

Herr **Senator** zeigt 1) den schon vor einigen Monaten vorgestellten Patienten mit dem **pied tabetique** (Arthropathie der rechten Metatarsophalangealgelenke); die Form des Fusses hat sich insoferne verändert, als eine beträchtliche Verdickung eingetreten ist, jedoch scheint die Prognose nicht so schlimm zu sein, wie sie Charcot angegeben, der eine baldige Usurirung des Knochens diesen Gelenkveränderungen vorhersagte;

2) einen Patienten mit dem Symptomencomplex der **Glossolaryngopharyngolabiallähmung**, bestehend in Atrophie und fibrillären Zuckungen der Zunge, Parese der Lippenmusculatur, Lähmung des Gaumensegels und der Stimmbandschliessmuskeln, Sprach- und Schlingstörungen, Atrophie der Masseteren, Nackenmusculatur und beider oberen Extremitäten, rechts mehr wie links; die übrige Musculatur, Gang, Sinnesorgane und Sensibilität waren normal. Die Diagnose Bulbärparalyse wäre unzweifelhaft zu stellen, wenn nicht die Sehnenreflexe, so der Masseterenreflex und die Reflexe der oberen Extremitäten gesteigert wären. Charcot hat nämlich strenge zwei Krankheitsbilder unterschieden, nämlich die progressive Muskelatrophie mit Betheiligung der Nervenkerne, bei der die Sehnenreflexe nicht gesteigert sind und die amyotrophische Lateralsklerose, die primäre Erkrankung der Pyramidenbahnen und grossen Ganglien, bei der eine Steigerung Regel sei. v. Leyden hat die Berechtigung dieser Trennung bestritten. Ein früher von Senator beobachteter und auch dieser Fall beweisen, dass es in der That Uebergänge zwischen den beiden von Charcot aufgestellten Typen gibt.

Herr **Strauss** stellt den schon früher demonstrirten Fall von **perniciöser Anaemie** mit vollständiger Achylie und atactisch paretischen Erscheinungen vor. Das Allgemeinbefinden hat sich wider Erwarten gebessert; während früher kernhaltige rothe Blutkörperchen und nach der 1. Demonstration auch Megaloblasten gefunden wurden, ist seit ca. 3 Monaten der Blutbefund normal. Abgesehen von diesem in der Blutpathologie ganz vereinzelt dastehenden Verhalten ist bei ihm (zum 1. Mal bei einem derartigen Falle) die Darmresorption näher studirt worden. Stoffwechseluntersuchungen über Eiweiss- und Fettausnützung ergaben normale Verhältnisse, so dass weder die Achylie noch die Blutveränderung auf eine etwaige primäre Unterernährung in unserm Falle zurückgeführt werden kann; die Bestimmung der Aetherschwefelsäure und des Ammoniaks ergab gleichfalls normale Verhältnisse, so dass diese Untersuchung auch keinen Anhaltspunkt für die Theorie einer Intoxication vom Darme aus geben konnte.

Herr **Zinn** demonstrirt ein 27jähriges Mädchen mit einem kolossalen, innerhalb eines Jahres entstandenen **Lebertumor**, der gemäss eines am linken Auge von der Iris ausgehenden Melanosarkoms ebenfalls als solches angesprochen werden muss. Der Urin der Patientin wird nach längerem Stehenlassen schwarz, ebenso sofort mit Oxydationsmitteln, wie Eisenchlorid, Salpetersäure, Chromsäure, Bromwasser, Jodtinctur (Melaninreaction).

Herr **B. Fraenkel: Ueber Prophylaxis gegen Tuberculose.**

Die neueren Untersuchungen Flügge's haben gezeigt, dass die Behauptungen Cornet's, als ob das phthisische Sputum nur in vertrocknetem Zustande durch Verstäubung eine Infectionsgefahr biete, nicht mehr zu Recht bestehen; denn er hat den experimentellen Beweis gebracht, dass Luftströme aus bacterienhaltigen Medien Flüssigkeitströpfchen mit Bacterien emporreissen; so genügte bei Bacillus prodigiosus eine Luftgeschwindigkeit von 1—2 mm. Husten, Sprechen, Niessen könnte somit Flüssigkeitströpfchen aus tuberculösem Sputum aufjagen. Hübner, der Prodigiosusbacillen in den Mund nahm, konnte den Nachweis liefern, dass dieselben beim Sprechen im Zimmer umhergeschleudert werden. Schäfer hat bei einem Leprakranken, der Geschwüre im Munde hatte, nachweisen können, dass derselbe beim Sprechen Leprabacillen in dem betreffenden Raume verbreite. Auch für Tuberkelbacillen konnte der Beweis der Verbreitung beim Sprechen erbracht werden; dies ist um so erklärlicher, als auch im Speichel von Phthisikern sich des Morgens Tuberkelbacillen finden. Auch nach dem Laryngoskopiren kann man auf dem Spiegel Tuberkelbacillen nachweisen. Ein früherer Assistent des Herrn Fraenkel fand sie auf seiner eigenen Brille vor, nachdem er von einem Phthisiker angehustet worden war. Die directe Infectionsgefahr sei also nicht unbeträchtlich. Da man aber die Luft in einem Raume, wo Menschen, nicht desinficiren kann, empfiehlt Redner den Versuch zu machen, überall da, wo Phthisiker in Krankenhäusern in allgemeinen Sälen untergebracht und nicht isolirt werden, dieselben Mundmasken tragen zu lassen, die nur beim Essen und Sputumauswerfen gelüftet werden. Eine Erziehung derselben würde es vielleicht dahin bringen lassen, dass die Patienten während des Auswerfens selbst nicht husten, ähnlich wie in der Dettweiler'schen Anstalt die Kranken daran gewöhnt werden, während der gemeinsamen Mahlzeiten nicht zu husten. Seit 4 Wochen sind auf Geheimrath Fraenkel's Abtheilung solche nach Art der Respiratoren construirte Mundmasken im Gebrauche. Wenn man dieselben mit Fichtennadelöl tränkt, so dass es den Anschein gewinnt, als ob dieselben nicht wegen der anderen Patienten, sondern zu ihrem eigenen Nutzen angewendet werden, lassen sich die Kranken leicht daran gewöhnen. Auf den im Gebrauche befindlichen Masken konnte man auch auf diese Weise abgefangene Tuberkelbacillen nachweisen. M. Wassermann.

Verein Freiburger Aerzte.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 28. October 1898.

1. Herr **Schottelius: Ueber bacteriologische Untersuchungen bei Diphtherie.**

Da Seitens der praktischen Aerzte in immer häufigeren Fällen das hygienische Institut für die Untersuchung auf Diphtheriebacillen oder andere Infectionskeime in Anspruch genommen wird, und da das Material, welches untersucht werden soll, häufig in ungeeigneter Form übergeben wird, so hat der Vortragende in Anlehung an bereits vorhandene derartige Vorrichtungen einen kleinen sehr handlichen Apparat angegeben, mittels welchem das zu untersuchende Material an Ort und Stelle entnommen und zum Institut geschickt werden kann. Es ist ein kleines, enges, dickwandiges Reagensröhrchen, mit Wattepfropf verschlossen und sterilisirt. Der Wattepfropf ist um einen festen Draht gewickelt, der an seinem unteren Ende ebenfalls mit Watte umwickelt ist. Mittels dieses umwickelten Drahtes kann die verdächtige Halsstelle direct ausgewischt werden. Das Reagensröhrchen befindet sich in einem mit Korkpfropf zu verschliessenden Papprohr und das Ganze in einem mit der Adresse des Instituts bedruckten Couvert von entsprechender Form. Jedem Röhrchen ist eine Gebrauchsanweisung beigegeben. Die ganze Vorrichtung, welche vom hygienischen Institut bezogen werden kann, stellt sich auf 25 P., die Untersuchung im Institut wird mit M. 3.— bewerthet. Die Untersuchung zerfällt in eine vorläufige mikroskopische, über

welche sofort Mittheilung an den Auftraggeber gemacht wird, und eine solche durch das Culturverfahren, worüber nach 24—36 Stunden Mittheilung erfolgt. Auf besonderen Wunsch wird die Diagnose noch durch die Impfung von Versuchsthieren vervollständigt.

2. Herr **Schüle** demonstrirt ein einfaches, zerlegbares **Modell des Centralnervensystems** zum Studium der wichtigsten anatomischen Verhältnisse, speciell der Basalganglien, der innern Kapsel, der Pyramiden- und Schleifenkreuzung, der motorischen und sensibeln Bahnen.

Darauf hält derselbe seinen angekündigten Vortrag über **«die physikalische Diagnostik der exsudativen Pleuritis und Pericarditis»**. (Erscheint unter den Originalartikeln dieser Wochenschrift).

Discussion: Herr Schottelius findet die Angabe, dass der Herzbeutel normal in maximo nur 800 ccm Flüssigkeit fasse, mit der Thatsache in Widerspruch, dass bei Blutungen in Folge spontaner Herzruptur oder Schussverletzungen sich grössere Blutmengen als 800 ccm im Herzbeutel finden.

Der Vorsitzende, Herr Bäumler, bestätigt dies und erwähnt, dass namentlich in Fällen chronischer Pericarditis viel grössere Exsudatmengen vorkämen. Er macht besonders auf die im Verlaufe von Skorbut vorkommende Pericarditis aufmerksam, bei welcher von Kyber in St. Petersburg sehr viel grössere Mengen von Exsudat entleert worden seien. Es sei ja, wie auch schon der Vortragende hervorgehoben habe, begreiflich, dass die Elasticität des Herzbeutelgewebes durch die Entzündung beeinträchtigt wird, so dass seine Wandungen dem Druck der sich ansammelnden Flüssigkeit nachgeben.

Was die Ausdehnung der Herzdämpfung nach rechts betreffe, so komme dieselbe nicht sowohl durch die Ausdehnung des Herzbeutels durch die Flüssigkeit, als durch Verlagerung des ganzen Herzens nach rechts zu Stande. Das Herz nehme eine Gleichgewichtslage an, welche aus dem Druck des ausgedehnten Herzbeutels auf seine Umgebung und von dem Gegendruck, welchen diese ausübt, sich ergebe. Zuweilen komme dabei noch die Wirkung einer gleichzeitigen Flüssigkeitsansammlung in der linken Pleurahöhle in Betracht.

Bei dieser Gelegenheit sei auch einer weiteren physikalischen Erscheinung bei grossen Herzbeutelergüssen gedacht, nämlich einer Dämpfung rechts hinten unten, auf welche der Engländer W. Ewart aufmerksam gemacht hat. Er erklärt dieselbe durch Emportreten der hinteren Partie der Leber in Folge der Senkung, welche dieselbe vorne und in ihrer linken Hälfte durch die Schwere des Exsudats erfährt.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 22. Juni 1896.

Herr **Sobernheim: Ueber Wohnungsdesinfection.**

Da die bisherige, namentlich mechanische Reinigung der leeren Wohnungen unsichere Resultate ergeben hat, strebte man danach, durch gasförmige Mittel sicher zu desinficiren. Zur Zeit verwendet man Formaldehyd. Einfaches Verdampfen von Formalin in offenen Schalen tödtet Bacterien nicht, da sich das Formaldehyd durch Polymerisirung in unwirksame Substanz umsetzt. Um diesen Uebelstand zu beseitigen, wendete man besondere Apparate an.

1. Trillaf'scher Autoclav: Formochlorol (Formalin mit Chlorcalcium) wird in einem Kessel verdampft und unter einem Druck von 3½ bis 4 Atmosphären in das zu desinficirende Zimmer eingelassen.

2. Rosenberg'scher Apparat: Holzin (Formalin mit Methylalkohol und Menthol) wird durch glühende Kohlen verdampft.

3. Schering'scher Apparat: Polymerisirtes Formaldehyd wird vergast.

Bei nackten Räumen ist die Desinfection mit einem der 3 Apparate zu empfehlen. Desinfection der Möbel und sonstiger Einrichtungsgegenstände muss auf andere Weise erfolgen, da mit den oben genannten Apparaten nur frei zugängliche Bacterien abgetödtet werden.

Der tiefer wirkende Schlossmann'sche Apparat (Verwendung von Formaldehyd mit Glycerin) hat dem Vortragenden nicht zur Verfügung gestanden.

An der Discussion betheiligten sich Fielitz, Risel, Fraenkel, Strube und der Vortragende.

Herr **Heimann: Ueber Nervenzellenpathologie.** (Erscheint ausführlich.)

Sitzung vom 6. Juli 1898.

Herr Prof. **Leser: Drei Fälle von Knochensarkom.**

1. 35jähr. Mädchen, seit Kindheit Zahnschmerzen. Seit März 1898 Anschwellung der linken Backe, Incision des Zahnfleisches, Fistelbildung, Geschwulst des Unterkiefers, fluctuirend. Diagnose Parulis. Bei genauer Untersuchung Pulsation der Geschwulst festgestellt. Incision entleert dunkles, flüssiges Blut, ½ Wasserglas voll. Bei Tamponade zeigt sich eine Knochenhöhle von halber Faustgrösse. Das Mikroskop ergibt Sarkom der Tumorreste.

2. Mann: im März 1897 schwere Contusion der rechten Schulter. Diagnose auf Fractur des anatomischen Halses des Humerus. Nach 10 Wochen wieder arbeitsfähig. Nach dreimonatlicher Arbeitsfähigkeit Schwellung an der Fracturstelle. Arm wurde steif und unbeweglich. Im März 1898 Diagnose Tumor. Dupuytren'sches Eierschalensymptom, myelogenes Sarkom. 16 cm vom Humerus werden resecirt. Das functionelle Resultat ist zur Zeit gut. Demonstration des Präparates.

3. Knabe von 2½ Jahren: Von Weihnachten 1897 klagt er über Schmerzen am linken Oberschenkel; allmählich harte, auf Druck schmerzhafte Schwellung an der Innenseite des linken Oberschenkels, etwas oberhalb der Mitte. Crepitiren; Schwellung sass nicht in den Weichtheilen. Diagnose myelogenes Sarkom. Röntgenphotographie warf die Diagnose um: Zunächst grosser Tumor. Da es ein periostales Sarkom war, Exarticulation des Beines in der Hüfte.

Herr **Neumann** stellt einen Fall vor. Im März 1892 operirt wegen **myelogenen Riesenzellensarkoms** am linken Knie, ca. 10 cm von der Tibia fortgefallen. Nach 3 Monaten geheilt entlassen. Jetzt 6 Jahre nach der Operation gesund.

Herr **Grosse** demonstrirt eine **Scrotalgeschwulst** von einem 58jähr. Patienten. 1887 war die Geschwulst von der Grösse eines Mannskopfes, jetzt etwa 3mal so gross. Sie enthielt 17 Liter Flüssigkeit und wog 33½ Pfund.

Herr **Hassler** stellt ein 8jähr. Mädchen vor. In der Nähe des rechten Darmbeinkammes befand sich eine schmerzhafte Entzündung, die in die Darmbeingrube überging. Temperatur 38. Schon 3 Jahre vorher Schmerzen an der Stelle. Diagnose Osteomyelitis des Darmbeins. Die zufällig gemachte Röntgenaufnahme stellte **Fremdkörper** fest. Nadel, welche vom Darmcanal jedenfalls dahin gelangt ist.

Herr **Wullstein** bespricht nach einer Polemik gegen die jetzt übliche forcirte Dehnung des Pott'schen Buckels einen Fall von multiplem Sarkom der Wirbelsäule.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. November 1898. (Nachtrag.)

Vorsitzender: Herr Rumpf.

III. Vortrag des Herrn **Liebrecht: Ueber das Wesen der Pupillarreaction und ihre diagnostische Bedeutung.**

Vortragender demonstrirt an besonderen von ihm entworfenen Pupillenschemata erstens die anatomischen Verhältnisse und die physiologischen Vorgänge bei der Entstehung der reflectorischen Pupillenstarre. Er bespricht die Wahrscheinlichkeit der Annahme zweier verschiedener Arten von Nervenfasern im Sehnerven, der Sehfasern und der Pupillarreflexfasern — letzterer Name scheint ihm passender als der bisher gebräuchliche «Pupillarfasern» — er schildert den Verlauf der beiden Bahnen, der Sehfasern zum äusseren Kniehöcker und dann zum Hinterhauptslappen, der Pupillarreflexfasern zum vorderen Vierhügel und von da zum Sphincterkern. Die Erregung des Sphincterkernes bedingt dann auf dem centrifugalen motorischen Wege des Oculomotorius eine Verengerung der Pupille. Vortragender legt dar die theoretischen Erwägungen für die Entstehung der hemianopischen Pupillenreactionen, betont aber die Unzuverlässigkeit dieses Symptoms in der Praxis.

Für die Erweiterung der Pupille sorgen 2 Centren, das Budge'sche Centrum ciliospinale im Rückenmark und ein diesem übergeordnetes Centrum in der Hirnrinde. Letzteres müssen wir nach den übereinstimmenden Ergebnissen physiologischer Versuche zahlreicher Forscher annehmen. Vortragender bespricht dann die centrifugale motorische Bahn dieser Dilatationscentren, Rami communicantes, Sympathicus, Ggl. ciliare, N. ciliares longi, Musc. dilatator pupillae, ferner die centrifugale sensible Bahn, die sich zusammensetzt aus den peripheren sensiblen Bahnen, den Hintersträngen des Rückenmarkes, der sensiblen Bahn im Gehirn bis zur Grosshirnrinde, hier Umsetzung in einen Bewegungsimpuis,

der theils auf den motorischen Bahnen des Gehirns herabsteigt und das Centrum ciliospinale erregt, theils auch auf directen Bahnen eine Erregung des Musc. dilatator hervorruft. Die Myosis erklärt Vortragender aus der Abstumpfung grösserer sensibler Nervengebiete beim Tabiker und aus dem dadurch bedingten Ausfalle zahlreicher Erregungen des Dilatationscentrums, so dass das Contractionscentrum, welches dauernd durch den Lichteinfall in's Auge erregt wird, das Uebergewicht erhält. Der Hippus besteht in einer gesteigerten Erregbarkeit des Dilatationscentrums auf die gewöhnlichen sensiblen und psychischen Reize.

Im 2. Theile seines Vortrages bespricht Vortragender die diagnostische Bedeutung der Pupillenerscheinungen bei den Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes, bei Sympathicusaffectionen, Infectionskrankheiten und Vergiftungen.

Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena.

Section für Heilkunde.

Sitzung vom 27. October 1898.

Vorsitzender: Herr Binswanger. Schriftf.: Herr Gumprecht.

1. Herr **Skutsch: Grosses Lipom, von der Nierenkapsel ausgehend, durch Laparotomie entfernt, gleichzeitig mit Amputatio uteri myomatosi.**

Der vorliegende Fall bietet einiges Interesse, einestheils weil grosse, von der Kapsel der Niere ausgehende Geschwülste nicht gerade häufig sind, andererseits, weil es sich um Combination der Exstirpation dieser Geschwulst mit der Myomotomie handelte.

Frau M. H., 48 Jahre alt, war als Kind gesund, menstruirte mit 12 Jahren, früher regelmässig. Seit 9 Jahren ist sie steril verheirathet. Seit 3 Jahren sind die Blutungen unregelmässig und sehr stark. Diese Blutungen, sowie Schmerzen im Unterleib, veranlassten die Patientin, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Befund: Hagere anaemische Frau (Haemoglobin 40 Proc., Leukocyten nicht wesentlich vermehrt) mit spärlichem Fettpolster. Herz und Lungen ohne besonderen Befund. In der linken Abdominalhälfte tastet man einen nicht ganz ebenen, bis in das Becken hinabreichenden, prall elastischen Tumor; nach rechts reicht er bis zur Medianlinie, nach oben verliert er sich unter dem Rippenbogen, nach links reicht er bis in die Weiche. Ueber dem Tumor gedämpfter Percussionston, von der Milzdämpfung nicht abzugrenzen. Am medianen Rand keine Einkerbungen zu tasten, kein Darm vor dem Tumor nachzuweisen. Vaginalportion vor der Spinallinie, die Cervix lässt sich durch das hintere Scheidengewölbe nach hinten oben verfolgen. Combinirt constatirt man, dass der Uterus unregelmässig vergrössert und retroflectirt ist. In Narkose ergibt sich, dass der Uteruskörper fast unbeweglich der hinteren Beckenwand adhaerent ist. Rechts unterhalb des retroflectirten Corpus das unbewegliche rechte Ovarium. Links, nahe am Uterus, das um das Doppelte vergrösserte, ebenfalls unbewegliche linke Ovarium. Noch weiter nach links tastet man die untere Kuppe des grossen, von aussen gefühlten Tumors. Bewegungen, welche diesem von aussen ertheilt werden, pflanzen sich undeutlich auf Uterus und Adnexe fort.

Operation: Morphium-Aethernarkose. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich rechts, dem grossen Tumor anliegend, das Kolon descendens; sein Mesenterium ist durch den Tumor entfaltet, dieser liegt also retroperitoneal. Die unterhalb des Tumors in das Becken herabtastende Hand constatirt Verwachsungen im Douglas'schen Raum, die Adnexe in Adhaesionen eingehüllt. Das Mesokolon wird 4 cm lateral vom Kolon durch einen Längsschnitt in der Ausdehnung von etwa 10 cm gespalten. Von diesem aus wird der Tumor stumpf abgeschält. Es gelingt dies ohne Mühe, fast ohne Blutung.

Nachdem der untere Pol freigemacht ist, lässt sich der Tumor theilweise hervorwälzen und nur am oberen hinteren Pol, wo der Tumor in die Fettkapsel der linken Niere übergeht, finden sich einige Gefässe, die eine Umstechung erforderlich machen. Nach Entfernung des Tumors (die linke Niere selbst bleibt zurück) wird der Spalt im Mesokolon durch eine fortlaufende Catgutnaht geschlossen.

Jetzt werden die Adhaesionen an der Hinterwand des Uterus und die Adhaesionen der Adnexa stumpf gelöst; der Fundus uteri wird mit einer Zange gefasst und nach oben gezogen. In Partienligaturen werden die Ligamente lateral von den Adnexen bis heran an die Cervix unterbunden und vor angelegten Klemmen durchgebrannt. Das der Hinterwand des Uterus adhaerente Rectum wird abpräparirt. An der Vorderwand des Uterus, ziemlich hoch über dem inneren Muttermund, wird durch einen queren Schnitt das Peritoneum gespalten und nebst der Blase stumpf abgeschoben. Hierauf wird die Partienligatur auch durch die Cervix weitergeführt, so dass beide Ketten ineinandergreifen. Amputation des Cervix mit dem Thermokauter; Entfernung von Uterus und Adnexen; ein submucöses Myom reichte in den Cervixcanal hinein und wurde herausgehoben. Vernähung der Cervixhöhle, darüber der Musculatur; dann wird der abgelöste vordere Peritoneallappen über den Stumpf nach hinten genäht. Schluss der Bauchwunde. Der Blutverlust war ein minimaler gewesen.

Der entfernte Tumor ist ein Lipom; er wiegt 4000 g; Maasse: 40 : 30 : 15 cm. Der Uterus ist mit vielen Myomen durchsetzt, ein grösseres submucöses Myom entspringt gestielt unter der linken Tubenmündung. Die Ovarien sind cystisch degenerirt.

Die Heilung ist ohne Störung verlaufen.

Das oben beschriebene Verfahren der Myomotomie stellt eine Combination der Methoden nach Zweifel (Partienligatur), Schröder (Etagennaht), Chrobak (retroperitoneale Stielversorgung) dar. Der Vortragende hat meist dieses Verfahren bei der Myomotomie eingeschlagen und gute Resultate erzielt.

2. Herr **Matthes: Ueber Eiweisskörper bei multiplen Myelomen.** (Erscheint in der Münch. med. Wochenschrift.)

3. Herr **Schulz** demonstrirt **Serumalbuminkrystalle aus Pferdeblut**, durch Aussalzen mit Ammonsulfat nach den Angaben von Gürber dargestellt, sowie Oxyhaemoglobinkrystalle aus Pferdeblut, ebenfalls durch Aussalzen mit Ammonsulfat in vom Vortrag. schon anderweitig mitgetheilter Weise gewonnen. Vortragender bespricht die bisher beobachteten Krystallisationen von Eiweisskörpern. Er weist darauf hin, dass ebenso wie im Pferdeblut, nach den Angaben von Gürber der krystallisirende Eiweisskörper nur bei gutem Ernährungszustande auftritt, so auch die in den Darmepithelien des Mehlwurm (Tenebrio molitor) vorkommenden Eiweisskrystalle nach den Angaben von Biedermann bei ungünstigen Ernährungsverhältnissen abnehmen, bezw. ganz verschwinden. Es scheine demnach, dass diesen krystallisirenden Eiweisskörpern die Rolle eines Reserveeiweisses zukomme.

4. Herr **Köhler: Ueber Febris bullosa.**

Acute Blasenbildungen der Haut sind bereits im vorigen Jahrhundert beobachtet und beschrieben worden (Thierry, Kriegspemphigus, Oehme, Blagden u. A.). Indess bis in die neueste Zeit vermisst man häufig in den Beobachtungen die scharfe Sonderung zwischen idiopathischem und symptomatischem Charakter der acuten Blasenbildung.

Unter Febris bullosa versteht man nach dem Vorschlage von Wichmann, Senftleben, Senator u. A. den idiopathischen, acuten Pemphigus, der nach Art der acuten Exantheme mit Fieber und Allgemeinerscheinungen in 2 bis 4 Wochen verläuft. Ein derartiger Fall wurde im August in der medicinischen Klinik zu Jena beobachtet, der letal verlief nach 11 Tagen und durch Uebertragung der Affection auf zwei Schwestern der Klinik, sowie die Mutter des jungen Patienten und noch drei Kinder im Alter von 7, 9 und 1¼ Jahren in Dorndorf, dem Heimathsorte, den contagiösen Charakter der Febris bullosa, der von Kaposi, Gilibert u. A. geleugnet wird, darthat. In allen diesen Fällen traten ausgesprochene Allgemeinerscheinungen (Fieber, Bronchitis, Erbrechen, sogar cerebellare Erscheinungen) hervor.

K. geht auf die einzelnen Fälle näher ein und beleuchtet dann zur Differentialdiagnose die Impetigo contagiosa (Tilbury Fox 1862), welche namentlich in den achtziger Jahren auf Rügen, am Niederrhein (Géronne, Mittenzweig, Marcus), in Elberfeld (Protze) epidemisch aufgetreten sei. Für die Elberfelder Epidemie sei von Protze und Eichhoff der Trichophyton tonsurans (Gruby und Malmsten 1845) nachgewiesen worden. Ferner komme die Dermatitis exfoliativa (Ritter), der gelegentlich epidemische (Hervieux, Olshausen, Ahlfeld u. A.) Pemphigus neonatorum und die Dermatitis herpetiformis (Duhring) in Betracht.

K. erwähnte dann die gelegentlichen Blasenbildungen bei Erysipel (Chatagnon, Sänger u. A.), bei Scabies, Ekzem u. a., die Blasenbildungen auf neuropathischer Grundlage, den neurotischen und hysterischen Pemphigus, die Blasenbildungen bei Myelitis und Syringomyelie, sowie peripheren Neuritiden, ferner die symptomatischen Blasenbildungen bei Pneumonie, Darmkatarrh, Typhus (Thomas), Gelenkrheumatismus (Lenhartz), Malaria und Lepra (Kaposi, Neumann u. A.), schliesslich die Toxidermien (Besnier) nach Arsen, Chinin, Antipyrin, Terpentinsalbe u. a.

Zum Schluss gibt K. eine Uebersicht über die nicht übereinstimmenden bacteriologischen Resultate von Riehl (Gonidien), Almquist, Strelitz, Demme (Diplococcen) u. A. K. selbst züchtete aus dem Blaseninhalt Staphylococcus pyogenes aureus und

einen dem Neisser'schen Gonococcus morphologisch ähnlichen Diplococcus. Impfungen an Meerschweinchen verliefen negativ, am eigenen Arme zeigte sich am 3. Tage eine linsengrosse Blase, ohne Allgemeinerscheinungen. Der specifische Erreger der Febris bullosa ist noch nicht gefunden.

Ueber die Aetiologie ist fast nichts Sicheres bekannt, die Sectionsergebnisse sind ebenfalls resultatlos.

5. Herr **Gumprecht: Historisches zur mechanischen Behandlung des Anasarka.**

Einschnitte in die Haut behufs Entwässerung haben schon die alten Aegypter geübt. Im klassischen Alterthum gibt namentlich Hippokrates an mehreren Stellen seiner Werke Hinweise darauf, dass ihm die Methode vertraut war. Mehrere Jahrhunderte hält sich die Tradition des Eingriffs, gegen das zweite Jahrtausend hin erlischt sie allmählich. Von da ab bis zum Ausgang des Mittelalters erfahren wir von der Hautdrainage nur durch einzelne als Curiositäten berichtete Fälle oder durch den Widerspruch der einer rein medicinischen Behandlung zugeneigten späteren Autoren; das ganze 17. Jahrhundert bleibt noch so gut wie steril. Der eigentliche Wiederentdecker der Hautdrainage ist Boerhave, Professor in Leiden, † 1738. Ein interessantes, angeblich von seiner Hand geschriebenes, jedenfalls seine Gedanken enthaltendes Manuscript findet sich in der Jenenser Bibliothek, ein durchschossen gebundenes Exemplar der Aphorismi B.'s mit ausführlichem schriftlichen Commentar. Von da ab verlor sich die Methode nicht wieder, wurde aber noch nach der Mitte unseres Jahrhunderts sehr wenig geübt und ist erst seit etwa zwei Jahrzehnten, seitdem der Deutsche Bock und der Engländer Southey Canülen zur Drainage angegeben hatten, allgemeiner in Gebrauch gekommen.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 6. October 1898.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Vor der Tagesordnung stellt Herr **Brandt** einen unter Pyrogallusbehandlung fast geheilten Fall von Lupus vor.

Hierauf zeigt Herr **Unverricht** die Präparate zweier **Aneurysmakranker**, die in der Krankenanstalt Sudenburg beobachtet wurden. Im ersten Falle handelte es sich um einen 44jährigen Arbeiter, der ein Jahr vorher mit rheumatoiden Schmerzen erkrankt war, die wohl damals schon durch arteriosklerotische Gefässentartung bedingt waren. Vor seinem letzten Eintritt in's Krankenhaus stellten sich Husten und Auswurf, sowie Appetitlosigkeit und Erbrechen ein. Die physicalische Untersuchung war vollkommen negativ, insbesondere fehlten Herz- und Gefässgeräusche, der Puls war auffällig beschleunigt.

Einige Tage nach der Aufnahme erklärte der Kranke, dass ihm die Bissen in der Speiseröhre stecken blieben und lebhafte Schmerzen verursachten. Der Assistenzarzt fand auch 35 cm von der Zahnreihe entfernt ein Hinderniss mit der Schlundsonde. Am nächsten Tage kam U. aber mit einer Sonde dicksten Calibers ohne Störung in den Magen, und so musste die Annahme einer Verengerung der Speiseröhre aufgegeben werden, zumal Patient wieder besser schlucken konnte.

Nach wenigen Tagen trat anhaltendes Brennen in der Brustbeingegend auf und im Anschluss daran die Entleerung von 2 l reinen Blutes. 2 Stunden darauf trat der Exitus ein. Im Magen fand sich noch 1 l Blut.

Die Section zeigte eine spindelförmige Erweiterung der Aorta descendens mit Geschwürsbildung, welche zum Durchbruch nach dem Oesophagus geführt hat.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein sackförmiges vollkommen mit organisirten Gerinnseln ausgefülltes Aneurysma der Aorta descendens, welches ebenfalls keine Geräusche gemacht und noch dadurch getäuscht hatte, dass die Dämpfung der Geschwulst nicht kreisförmig sich darstellte, sondern als schmaler Streifen sich bis in die rechte Axillarlinie fortsetzte. Diese Fortsetzung war durch unregelmässige Atelectase der Lunge bedingt.

Demnächst demonstrirt U. das Präparat eines pyaemischen Rückenmarksabscesses. Ein 29jähr. Tischler erkrankte nach Abheilung eines Panaritiums des rechten kleinen Fingers unter den Erscheinungen der Querschnittsmyelitis und ging bald mit hochgradigstem Decubitus zu Grunde. Bei der Section zeigte sich eine grosse Strecke des Rückenmarks in eine Abscesshöhle verwandelt. Im Uebrigen waren nur kleine Abscesse in der Niere und ein erbsengrosser Eiterherd in der rechten Lungenspitze als Ausdruck einer pyaemischen Erkrankung nachweisbar, U. macht darauf aufmerksam, dass gerade das Rückenmark sich gegen Abscessbildung ziemlich resistent zeige im Gegensatze zu dem Gehirn, und glaubt in dem vorliegenden Falle die Wunde am kleinen Finger als unzweifelhafte Eintrittspforte des Giftes betrachten zu können.

An der sich anschliessenden Discussion betheiligen sich die Herren Hirsch und Kretschmann.

Nach Beendigung derselben hält Herr **Köhler** seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber Dr. Eisenbart**» Derselbe erscheint an anderer Stelle ausführlich im Druck.

Sitzung vom 20. October 1898.

Vorsitzender: Herr Hirsch.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Siedentopf 3 Nachgeburten.**

Die erste stammt von eineiigen Zwillingen und zeigt eine Insertio velamentosa beider Nabelschnüre.

Die zweite stammt von einem zweieiigen Zwillingspaare. Es handelt sich um eine doppelte Placenta praevia lateralis. Die beiden Mutterkuchen stossen über dem Muttermunde zusammen, so dass durch den Blasensprung die Trennung derselben eingetreten ist und die Kinder nun zwischen den nun getrennten Innenrändern der Mutterkuchen geboren sind. Weder in den letzten Monaten der Schwangerschaft noch bei der Geburt ist es zu beträchtlicher Blutung gekommen. Der Grund hiervon ist wohl in dem dürftig entwickelten Placentargewebe im Bereiche des inneren Muttermundes zu suchen.

Die dritte Placenta zeigt am Rande auf der Aussenfläche eine faustgrosse Geschwulst von glatter Oberfläche und gleichmässiger Structur. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der ganze Tumor aus gefässreichem Schleimgewebe zusammengesetzt ist. Er gehört mithin zu den Geschwülsten, die als Myxoma fibrosum placentae beschrieben worden sind. Dieser Fall wird an anderer Stelle veröffentlicht werden.

Hierauf hält Herr **Thorn** seinen angekündigten Vortrag: **Ueber die Therapie des Uteruscarcinoms am Ende der Schwangerschaft.** Er berichtet über einen operativ geheilten Fall.

41jährige VII. Para ist durch Blutungen, die ¼ Jahr nach Beginn der Gravidität einsetzten, stark reducirt. Es handelt sich um ein Carcinom der Portio, speciell der vorderen Lippe, Becken normal. Schwangerschaft ad terminum, Schädel liegt vor. Portio wird weggebrannt. Circumcision in üblicher Weise, Ablösung der Blase, Spaltung der vorderen Uteruswand, Sprengung der Fruchtblase, Forceps, lebendes Kind von 6½ Monaten. Vaginale Totalexstirpation des Uterus sowie Placenta. Glatte Genesung. (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

An der Discussion betheiligen sich die Herren Brennecke und Siedentopf.

Herr Siedentopf theilt die Ansicht des Herrn Thorn, dass auch am Ende der Schwangerschaft der ideale Weg zur Operation des Portiocarcinoms der vaginale ist. Wenn aber durch Beckenenge oder Enge der Weichtheile bei alten Erstgebärenden die vaginale Exstirpation sehr schwierig oder unmöglich gemacht wird, so ermöglicht die schon von Herrn Thorn erwähnte grosse Dehnbarkeit der Befestigungsapparate des Uterus eine relativ leichte abdominale Totalexstirpation, bei der es nicht schwer ist, das obere Drittel der Scheide durch Klemmen zu verschliessen und unterhalb der abgeklemmten Stelle zu operiren. S. konnte sich hiervon gelegentlich einer abdominalen Totalexstirpation nach Sectio caesarea überzeugen, auch gelingt es in den ersten Tagen des Wochenbetts leicht, den Uterus so hoch nach oben zu schieben, dass die Portio über dem oberen Rande der Symphyse steht.

Zum Schluss spricht Herr **Thorn** noch über: **Die Frage der Tubenwehen** im Anschluss an ein durch Laparotomie gewonnenes Präparat einer schwangeren Tube, die bei Eiretention eine Inversion zeigte.

Der ausführliche Bericht erscheint im Centralblatt für Gynäkologie.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 26. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr **Sigmund Merkel: Ein Desinfectionsversuch mittels des Trillat'schen Apparats und des Vacuums bei Formalinentwicklung.**

Bei dem hohen Interesse, welches die Praxis und besonders die in Nürnberg so verbreitete Borstenindustrie daran hat, ein Desinficiens zu besitzen mit der Eigenschaft: selbst die resistentesten Sporen (des Milzbrandes) sicher zu vernichten ohne die Waaren anzugreifen, war es mir von grosser Wichtigkeit, ein Verfahren nachprüfen zu können, welches seitens einer französischen

Gesellschaft in Marseille empfohlen war und welches die verlangten Eigenschaften: sichere Desinfectionskraft und völliges Intactbleiben des Materials halten und haben sollte. Die vereinigten hiesigen Pinselfabriken hatten zur Vornahme des Versuchs ihre Anlagen in der liberalsten Weise zur Verfügung gestellt.

Der Versuch wurde in folgender Weise vorgenommen: Der für gewöhnlich in Benützung stehende Desinfectionsapparat der Pinselfabrik besitzt eine Höhe von 3 und einen Durchmesser von 2 m; oben ist ein abschraubbarer Deckel. Der Apparat wurde mit dem verschiedensten Material, Borsten, Haare etc., gefüllt. In die Mitte kamen zwischen anderen Borsten fest — der Wirklichkeit vollkommen nachgeahmt — eingeschnürt einige mit vollvirulenten Milzbrandsporen imprägnirte Borsten, daneben wurde noch ein oben offenes Capillarrohr mit einer Milzbrandbouilloncultur hineingegeben. Dies ganze Bündel wog, wie andere Bündel, 3400 g. Der Deckel wurde auf den Apparat fest aufgeschraubt. Durch Röhrenverbindung, welche durch den Deckel mit dem Apparate communicirte, wurde mittels Luftpumpe im Apparate ein Vacuum entsprechend 680 mm Quecksilberdruck geschaffen.

Er wurden dann durch ein gleichfalls im Deckel des Apparats eingefügtes Rohr frisch entwickelte Formaldehyddämpfe eingelassen. Letzteres geschah durch Erhitzung von Formochlorol in einem sog. Trillat'schen Apparat. Um die zu desinficirenden Waaren möglichst mit den Formaldehyddämpfen zu durchdringen, waren ausser der Luftleere die Dämpfe bis auf 3 Atmosphären gespannt und dann erst in das Vacuum eingelassen worden. Der Trillat'sche Apparat ist ein $^1/_2$ m hoher und $^1/_4$ m breiter runder starker Messingblechcylinder, oben mit einem abschraubbaren Deckel versehen. In diesem findet sich ein Manometer und die nöthigen Ableitungsröhren. In den Apparat wird Formolchlorol und Calciumcarbonat hineingebeben, dann derselbe luftdicht verschlossen und durch einen nach Art der Löthlampen mit Luftzufuhr von unten her versehenen Spiritusbrenner erhitzt.

Wiewohl nun volle 3 Stunden lang andauernd Formaldehyddämpfe entwickelt und auf die Versuchsobjecte eingeleitet wurden, wiewohl ferner diese Dämpfe doch zuerst auf die möglichst in Luftleere liegenden Borstenbündel etc. mit einem Druck von 3 Atmosphären hineingelassen wurden, gab doch dieser Versuch ein völlig negatives Resultat: Die Desinfection der Objecte war keine vollkommene und ist daher dieses Verfahren ein unbrauchbares. Es waren die an den Borsten angetrockneten Milzbrandsporen in ihrer Virulenz kaum merklich abgeschwächt; nach 18 Stunden waren die Versuchsthiere (weisse Mäuse) schon an Milzbrand zu Grunde gegangen. Das Material war in keiner Weise angegriffen, selbst nicht die feinsten weissen chinesischen Borsten.

2. Herr **Bloch: Ein Beitrag zur Contusionspneumonie** (erschien in No. 30 d. W.).

Discussion: Herr Stich betont, dass manche Autoren behaupten, die Contusionspneumonie sei nicht von Mikroorganismen hervorgerufen, sondern allein durch den mechanischen Insult auf das Gewebe. Der ganze klinische Verlauf dieser Pneumonien sei von den infectiösen verschieden; so fehle der initiale Frost, die excessiven Temperaturen, der Herpes labialis, der Milztumor, der kritische Fieberabfall, während Eiweiss nie vorhanden sei. Besonders Becker, Blasius und Demuth seien für diese Ansicht eingetreten. Er persönlich sei auf Grund seiner allerdings spärlichen, aber genau beobachteten Fälle anderer Anschauung: Er bringt die Krankengeschichte zweier Eisenbahnbediensteter, welche, der eine am 1. Tag, der andere am 2. nach einer schweren Brustcontusion, schwere croupöse Pneumonien mit allen typischen Symptomen bekamen. Dieselben werden an anderer Stelle ausführlich mitgetheilt. Herr Stich steht auf dem Standpunkte, dass sich die traumatische Entstehung croupöser Pneumonien zwar nicht mit mathematischer Sicherheit beweisen lasse, dass aber viele Fälle, darunter seine beiden beobachteten, mit zwingender Nothwendigkeit auf das Trauma als Entstehungsursache hinweisen.

3. Herr **Landau** bringt ein Sammelreferat über die im Jahre 1897 erschienenen Arbeiten über Organtherapie.

4. Herr **Thorel** bespricht einen an und für sich schon seltenen und durch die Art der Metastasenbildung noch besonders interessanten Fall von primärem wallnussgrossen **Carcinom der rechten Nebenniere.**

Bei der Section fand sich neben einigen wallnussgrossen Metastasen in der Leber und einem halb erbsengrossen metastatischen Knötchen in der gleichartigen Nebenniere, in beiden Lungen, vorwiegend in deren subpleuralen, seltener tieferen, gegen den Hilus zu gerichteten Partien, eine ziemlich reichliche Eruption von kleinen, stecknadelkopf- bis hanfkorngrossen, seltener grösseren markigen Carcinomknötchen, die zum Theil unregelmässig, zum Theil perlenschnurförmig gegliedert um die Bronchien angeordnet waren; daneben fanden sich hier vielfach kleinere Gefässquerschnitte carcinomatös thrombosirt und starrten über die Schnittfläche hervor. Ueber diesen so veränderten Lungenpartien zeigte die Pleura in ziemlich ausgedehnter Weise das bekannte Bild der markigen, netzförmigen carcinomatösen Lymphothrombose.

Die interessanteste Metastase deckte erst das Mikroskop auf, indem die Untersuchung einer gleichzeitig bestehenden Pericarditis in dem haemorrhagisch-fibrinös dem Epicard aufgelagerten Exsudat eine massenhafte Einlagerung theils nesterförmig, theils säulenartig gruppirter Carcinomzellen ergab, also das seltene Bild einer metastatischen carcinomatösen haemorrhagisch-fibrinösen Pericarditis.

5. Herr **Seiler** bespricht einen Fall von **Zerreissung der Intima aortae mit beginnender Aneurysmabildung** und demonstrirt das betreffende Präparat.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 26. Mai 1898.

Herr **Heinlein** legt die Leichenpräparate zweier Fälle von ausgedehnter **Nekrose der Speiseröhrenschleimhaut** vor nach vorausgeschickter Mittheilung der einschlägigen Krankheitsgeschichten, von welchen die erstere besonderes Interesse darbot. Während gewöhnlich der Ueberzug der Hinterfläche der Ringknorpelplatte als typische Stelle für die dort als wahrer Decubitus erscheinende Drucknekrose bekannt ist, war in den vorgelegten Präparaten der Sitz der Verschwärung in den seitlichen Abschnitten des obersten Drittels der Speiseröhre nahe dem Isthmus faucium, wo jede knöcherne Unterlage fehlte, und war besonders die grosse Ausdehnung der Veränderungen — dieselben hatten die Grösse eine Pflaume erreicht — auffallend. Beide Patienten waren Männer, am Ende der fünfziger Jahre stehend; der eine derselben hatte seit 2 Jahren an einer progredienten Bulbärmyelitis — mit Hemiatrophie der Zunge, einseitiger Taubheit, Stimmbandlähmung und Dysphagie — gelitten; der Andere erlag einem circulär stenosirenden Carcinom, direct oberhalb des letzteren hatte der Brandherd seinen Sitz; im Gegensatz zu diesem Verhalten wurde im ersten Falle jegliche complicirende Verengerung des Speiseröhrenlumens vermisst. Während dort, wo die Krebscomplication vorlag, die Schleimhautnekrose sich lediglich als solche mit scharfer Begrenzung nach den tieferen Schichten und dem angrenzenden Nachbargewebe darstellte, handelte es sich in dem Falle von Erkrankung der Med. oblongata, um ein wesentliches Tiefergreifen des Processes mit secundärer jauchiger Phlegmone des Halsbindegewebes und ausgedehnter Unterminirung der angrenzenden, in ihrem Oberflächenansehen unveränderten Mucosa, so dass bei der Sondirung das Instrument manchmal in diesen Abschnitten festgehalten wurde; so war man klinisch zu der Diagnose eines Divertikels gekommen, welches hier jedoch nur als Diverticulum spurium s. v. v. bezeichnet werden konnte, da ihm ja ein wesentliches Kriterium des Divertikels, die intacte Schleimhaut, ermangelte. In beiden Fällen durfte für die Entstehung der brandigen Verschwärung der durch stecken gebliebene Speisetheile — hier durch paralytische Insufficienz des motorischen Schlingapparates, dort durch das stenosirende Carcinom festgehalten — anhaltend ausgeübte Druck, welcher für seine schädliche Wirkung günstig vorbereitetes, nachgiebiges, durch schwere Cachexie des Individuums in seiner Structur gelockertes Gewebe vorfand, angeschuldigt werden. Casuistische Analogien vermochte Herr H. in der ihm zugänglichen Literatur nicht aufzufinden.

Herr **Heinlein** demonstrirt weiter das Leichenpräparat einer wegen brandiger Hernie gemachten geheilten Darmresection, sowie das Leichenpräparat eines zweiten Oesophaguscarcinoms.

Herr **Mansbach** berichtet: 1. Ueber 2 Fälle von Sklerema adipos. bei eben geborenen Zwillingen,

2. über einen Fall eigenartiger oedematöser Schwellungen bei einem 14 wöchentlichen Kinde, welche nur als auf Lues zurückgehend zu deuten sind,

3. über einen Fall von Descensus uteri bei einer 33jährigen III. Para, der nach Thure-Brand mit Erfolg behandelt wurde,

4. über das Befinden des jetzt genesenen, wie seinerzeit berichtet an Cerebrospinalmeningitis mit atypischem Verlauf erkrankten Kindes. Es ist jetzt höchst wahrscheinlich, dass es sich um eine geheilte tuberculöse Meningitis handelte.

Rostocker Aerzteverein.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 2. Juli 1898.

(Schluss.)

Herr College Ricker hat uns nun mitgetheilt, dass gerade der Augentumor besonders charakteristisch tuberculös sei; und dieser Tumor ist in vierzehn Tagen auf Jodkalium-Quecksilber verschwunden, obwohl er bis dahin stetig progressiv war. Es ist ja

richtig, es gibt auch gutartige, heilende Tuberculosen und nicht jede Krankheit, die durch Jodkali beeinflusst wird, ist syphilitisch. Für eine conglobirte Tuberculose aber — und zwar möchte ich das für die am Auge beobachteten Formen besonders betonen — wäre ein rapides Ausheilen in vierzehn Tagen etwas völlig Unerhörtes; wir sind vielmehr, nach aller klinischen Erfahrung gezwungen, eine Syphilis für wahrscheinlich zu halten, und den Fall als eine besonders merkwürdige Bestätigung der Meinung anzusehen, dass die gummöse Lues histologisch tuberculöse Structur bieten kann.

Wir haben den Hauptprocess bei der Kranken für einen gummösen gehalten; der Ausdruck «ulceröses» Syphilid war nicht in dem üblichen Sinne der Dermatologen, sondern nur so gemeint, dass syphilitische Ulcerationen vorlagen. Dieselben scheinen mir übrigens nicht gering, wie Herr College Ricker meint, sondern bestanden in einer grossen Zahl tiefer Geschwüre. Es ist ja, wie dies auch bei Hautgummata vorkommt, ein Theil der Geschwüre schon früher spontan vernarbt, und so sind wohl z. Th. auch die Rückbildungserscheinungen aufzufassen, von denen Herr College Ricker berichtet. Auch ist Pat. bereits einige Tage antispecifisch behandelt worden. Aber das ganze Hautleiden besteht doch schon ununterbrochen zwanzig Jahre und hat sich erst auf unsere Behandlung hin auffallend gebessert.[2])

Ich lege aber heute das Hauptgewicht nicht auf die Dermatitis, sondern auf den Augentumor, dessen Auffassung mir nicht anders möglich scheint.

Auf die Bemerkung des Herrn Ricker, dass es sich im vorliegenden Falle nicht um Gummata, sondern nur um ein secundäres Syphilid der Haut handle, erwidert Herr Peppmüller, dass er zwar von einem ulcerösen Syphilid gesprochen, hierunter aber keine secundären, sondern vielmehr tertiäre Erscheinungen verstanden haben wollte.

Sodann demonstrirt Herr **Axenfeld** einen sechzigjährigen, ihm von Herrn Prof. Schuchardt freundlichst zugesandten Kranken mit beiderseitiger **Schwarzfärbung der ganzen Bindehaut der Lider und des Bulbus,** ausgenommen die oberen tarsalen Theile. Nach der bisherigen Anamnese soll dies Folge einer Blutung im Anschluss an einen Hufschlag auf die Stirn sein, den Patient vor 2 Jahren erlitten hat. Trifft dies zu, so würde eine derartige haematogene Pigmentirung ein Unicum sein. Vortragender hält es aber trotzdem für wahrscheinlicher, dass hier ein ungewöhnlich hoher Grad von Argyrie vorliegt und verspricht, über die histologische Untersuchung eines probeweise excidirten Stückchens später genauere Mittheilung zu machen.

Es folgt Herr **Büttner: Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Anatomie der menschlichen Placenta.**

Herr **Husche: Ueber die peptische Kraft des menschlichen Mageninhaltes.**

(Der Vortrag ist bereits in No. 33 dieser Wochenschrift erschienen.)

Sitzung vom 10. September 1898.

Herr **Walter** stellt zunächst einen Patienten vor, an dem Herr Prof. Garrè vor Kurzem eine **Resection der ganzen rechten Thoraxhälfte bei veralteter Empyemhöhle** ausgeführt hat und bespricht nach Mittheilung der Krankengeschichte kurz die Indicationen und die Geschichte der Thorakoplastik und geht auf die Statistik dieser Operation ein, der zu Folge (Schede) bisher 67 Totalresectionen ausgeführt wurden mit 37 Heilungen; mehrfach auch mit dem Resultat, dass sich die Lunge wieder etwas ausdehnte.

An der an diesen Vortrag sich anschliessenden Discussion betheiligen sich die Herren Joseph-Ribnitz und Dörfler.

Sodann führt Vortragender einen Patienten vor, der von der medicinischen Klinik wegen Lungenabscess der chirurgischen Klinik überwiesen und von Herrn Professor Garrè operirt wurde.

Bezirksverein Nordschwaben.

Sitzung vom 13. October 1898.

1. Vorsitzender Bezirksarzt Dr. **Lauber**-Neuburg a. D. erörterte in der eingehendsten Weise die gegenwärtig die bayerische Aerztewelt bewegenden Fragen.

2. Herr **Heissler**-Rennertshofen hielt einen Vortrag über **die Uterusruptur** im Anschluss an 2 Fälle der eigenen Praxis. — 1) Frau M. in A., 36jährige VII. Para. Vorausgehende Geburten normal. Gerufen, weil trotz heftiger und schmerzhafter Wehen die Geburt nicht vorwärts schritt, und weil die Wehen ganz aufgehört haben, fiel bei der äusseren Untersuchung die grosse Deutlichkeit auf, mit welcher die Conturen der Frucht zu fühlen waren, trotz nicht gerade dünner Bauchdecken. Die Vermuthung, dass das Kind sich ausserhalb des Uterus befinde, wurde durch die innere Untersuchung bestätigt. In uteri fand sich nur die Placenta, die Hand, an der Nabelschnur tastend, gelangte an und durch den rechts hinten gelegenen Riss in die freie Bauchhöhle. Es gelang verhältnissmässig sehr leicht, das Kind zu entwickeln. Nach manueller Entfernung der Placenta contrahirte sich der Uterus sehr gut, trotzdem Injection von Ergotin. Die Blutung war kaum stärker wie sonst bei einer Geburt. Die Frau erkrankte nach 4tägigem Wohlbefinden an Peritonitis und starb am 7. Tage post partum.

2) Frau M. in E., 29jährige I. Para. Gerufen, weil die Geburt nicht vorwärts schreite, und etwas, der Hebamme Unbekanntes, abgegangen sei, fand der Arzt die Frau im Zustande hochgradiger Erschöpfung mit den ausgesprochenen Zeichen der inneren Verblutung. Das unbekannte Etwas erwies sich als das ringförmig abgesprengte, untere Uterinsegment und befindet sich in der Sammlung des pathologischen Institutes zu München. Da das Kind sich kurz vor Ankunft des Arztes noch bewegt haben soll — Herztöne wurden nicht gehört — wurde es mit dem Forceps — wenn auch schwierig — entwickelt, konnte aber aus der tiefen Asphyxie nicht mehr belebt werden. Bei der Frau kam, was kommen musste. Trotz Aether und Kampherinjectionen starb die Frau während der Vornahme der Tamponade. An die Laparotomie konnte unter den gegebenen Verhältnissen nicht gedacht werden; sie hätte bestimmt auch denselben Effect gehabt, wie das eingeschlagene Verfahren. Die Frau konnte nicht gerettet werden, sie war dem Verblutungstode verfallen schon beim Eintreffen des Arztes. Vortragender besprach die Prognose unter Berücksichtigung von 9 Fällen von Circulärruptur aus der Literatur. Letztere ist für die Mutter wohl in der Mehrzahl der Fälle ungünstig, für das Kind immer, obwohl die 10 angezogenen Fälle nur 40 Proc. Mortalität ergaben für die Mutter. Eine Statistik aller Fälle, auch der ungünstigen, welche wohl in der Mehrzahl unpublicirt bleiben, müsste dieses Verhältniss bestimmt verschieben. Wesentlich günstiger ist die Prognose der einfachen Rupturen. Von prognostischer Bedeutung ist der Sitz der Ruptur; je höher dieselbe verläuft, um so ungünstiger die Prognose im Allgemeinen.

3) Herr **Schmid**-Donauwörth theilt im Anschluss hieran einen Fall von partieller **Abtrennung der Portio vaginalis** mit Ausgang in Heilung mit. In diesem und dem oben geschilderten Falle von Circulärruptur bestand ein enges Becken.

Weiter bespricht derselbe einen Fall von **Kopfverletzung** mit muldenförmiger Impression des Knochens. Nach der Trepanation verschwand die absolute Taubheit, welche im Anschluss an die Verletzung entstanden war. Vollständige Genesung.

Endlich demonstrirt Dr. Schmid **Abgüsse von Harncanälchen** (wahrscheinlich oxalsaurer Kalk), welche auf natürlichem Wege abgegangen waren und allgemeine Bewunderung erregten, ob der Schönheit und Deutlichkeit, mit welcher sie ein Bild der Harncanälchen geben.

Zum Schlusse legte Dr. Schmid ein durch Operation gewonnenes Präparat, **das abgesprengte Stück des Talus,** vor, welches nach oben dislocirt zwischen Tibia und Fibula eingekeilt war und nur mit Mühe entfernt werden konnte.

70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

in Düsseldorf vom 19. bis 24. September.

Abtheilung für Geschichte der Medicin und Naturwissenschaften. Historisch-geographische Nosologie.

(Eigener Bericht.)

I. Sitzung am 19. September, Nachmittags.

Die Einführenden Sudhoff und Feldmann und der Schriftführer Mülfarth werden für die Dauer der Versammlung als Vorsitzende und Schriftführer bestätigt. Nach einer Begrüssungsrede des Vorsitzenden Dr. Sudhoff wird in eine längere Erörterung eingetreten über die internationale Zeitschrift für Geschichte der Medicin und medicinische Geographie «Janus», welche seit 2½ Jahren in Amsterdam erscheint. An der Erörterung betheiligten sich der Redacteur dieser Zeitschrift Dr. H. F. A. Peypers in Amsterdam, Freiherr v. Oefele-Neuenahr, Sudhoff-Hochdahl und Prof. Pagel-Berlin. Den Redacteuren des Katalogs der historischen Ausstellung, welcher über 4200 Nummern umfasst, Sudhoff und Oefele wird auf Anregung des Herrn Professor Pagel der Dank der Versammlung ausgesprochen.

II. Sitzung am 20. September, Vormittags.

Vorsitzender: Herr Sudhoff.

Herr Freiherr v. **Oefele**-Neuenahr spricht über den **Veterinärpapyrus von Kahun,** gefunden von Flinders Petrie und heute im Besitz des britischen Museums in London, vor 2 Jahren von Griffith herausgegeben. Die Mitglieder der 35. Abtheilung (Thierheilkunde) sind zu diesem Vortrage eingeladen und zahlreich erschienen. Der Vortragende vertheilt photographische Nachbildungen des Papyrus, der aus 69 Columnen be-

[2]) Nachträgliche Anmerkung: 24. Juli 1898. Die Hautgeschwüre sind jetzt, also nach vierwöchentlicher antisyphilitischer Cur sämmtlich völlig verheilt; ebenso der grosse retropharyngeale Tumor fast ganz verschwunden.

steht und 6 Abschnitte enthält. Der 1. Abschnitt behandelt die Legenoth der Hühner, der 2. eine Fischkrankheit, der 3. die Kolik des Rindes, deren Symptomatologie prägnant gegeben ist. Im 4. Abschnitt wird die Dasselbeule des Rindes geschildert mit ihrer Unruhe des Thieres während der Incubation und der darauf folgenden Ermattung, als Therapie ist die Operation der Beule beschrieben und nachheriges Auspressen, bis Blut kommt. Als 5. Krankheitsbild wird die Trommelsucht des Rindes beschrieben und ihre Behandlung mit Einreibungen, Uebergiessungen, Aderlass und als Letztes die Operation mittels Glüheisens. Endlich das perniciöse Katarrhfieber mit seinen verschiedenen Formen im Winter und im Frühjahr und deren Behandlung. Die kurzen Anweisungen für Schüler der Thierheilkunde lehren uns eine nüchtern beobachtende und in ihrer Behandlung vorwiegend operative Thiermedicin höchsten Alters kennen, frei von allem Aberglauben.

An der lebhaften Discussion, die sich namentlich um die Diagnose der einzelnen geschilderten Krankheiten dreht, betheiligen sich auch zahlreiche Herren von der Veterinärsection, die Herren DDr. Lothes-Köln, Imminger-Würzburg, Schmitt, Frisch-Düsseldorf und Braschmann-Neuss, ausserdem Prof. Pagel und Sudhoff. Die ganze Erörterung lieferte einen schlagenden Beweis dafür, wie wichtig es ist, wenn derartige Funde gemeinschaftlich vom Fachmann und vom Geschichtsforscher bearbeitet werden und wie förderlich derartige persönliche Aussprachen der Vertreter der verschiedenen Disciplinen wirken können.

2. Herr Prof. **Kahlbaum: Eine Begegnung.**

Der glänzende Vertreter der physikalischen Chemie in Basel, Herausgeber der «Monographien aus der Geschichte der Chemie», schildert in einem brillant stilisirten kurzen Vortrag die erste Begegnung des grossen Justus v. Liebig mit dem Entdecker des Ozons, Christoph Friedrich Schönbein in Basel, welche im Juli 1853 in München statthatte und die beiden zu Freunden für's Leben machte.

3. Herr **Franz Eberhart**-Köln: **Ansichten über Geburtshilfe und Kinderpflege bei Oswald Gäbelkauer** (Gabelkover).

Am Ende des 16. Jahrhunderts lag die Geburtshilfe fast ausschliesslich in den Händen der Hebammen. Aerzte wurden nur selten und meist nur zu abnormen Geburten zugezogen. Ihre Thätigkeit bestand dann meist in zerstückelnden Operationen. Die Wendung auf die Füsse, 1550 von Paré dringend empfohlen, war keineswegs Gemeingut der Aerzte. Auch in O. Gabelkover's einst hochberühmtem «Artzneybuch» wird sie nicht erwähnt. Für schwere, harte Geburten empfiehlt er, was auch schon im Corpus Hippocraticum gerathen wird: Man solle das Weib über und über burtzlen, so geschwind man kann; alsdann verwerfe sich das Kind, dass die Mutter zu retten ist, bisweilen auch die Kinder, so sie noch leben.

Sehr lesenswerth sind Gabelkover's Ansichten über Kinderernährung und die Behandlung von Kinderkrankheiten. Neben krassestem Aberglauben findet man in seinem Buche, das viele Auflagen erlebt hat, auch hohe wissenschaftliche Auffassung. Besonders interessant war mir der Abschnitt über «Wundartzney». Er deutet darin die Beckenhochlagerung an, indem er sagt: «Wem aber das Geweid ausgehet, den muss man hefften, und je bälder man das Geweid hineinbringt, je besser, ehe dann es kalt oder schwartz würdt. Ist er hoch in Leib wund, so leg ihn oben höher als unten, so bringst du ihm die Därme besser hinein. Ist er aber unter dem Nabel verwundt, so leg ihn unten höher, so kompt es dich aber sänfter an, ihm das Geweid hinein zu thun.»

Man muss sich wundern, dass diese für Bauchoperationen so wichtige Lagerung erst im Jahre 1890 von Trendelenburg zur Methode erhoben wurde, wesshalb man auch meist von Trendelenburg'scher Lagerung, obgleich sie von Freund schon früher angewendet wurde (Ber. der Ges. für Geb. und Gynäk. zu Berlin, Sitzung v. 9. April 1877) spricht. Bemerkt sei nebenbei, dass sie auch schon von Chirurgen des 16. und 17. Jahrhunderts, wie Scultetus und Anderen bei Herniotomien und dem Kaiserschnitte benutzt wurde (Fuhr, Münchener medic. Wochenschrift 1896, No. 7).

In der Discussion weist Pagel darauf hin, dass Fasbender kürzlich nachgewiesen habe, dass die Annahme v. Siebold's und Häser's, die Wendung auf die Füsse sei den alten Indern schon bekannt gewesen, unhaltbar ist.

4. Herr **Franz Spaet**-Ansbach: **Ursprung und Wesen der Pneumalehre in der alten Medicin.**

Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.

In der Discussion wird die von Pagel hingeworfene Vermuthung, ob denn bei dem Anonymus Londinensis der Verdacht einer Fälschung nicht vielleicht begründet sei, allseitig von der Hand gewiesen.

5. Herr **Joh. Rom. Schaefer**-Remscheid: **Wilhelm Fabricius von Hilden, sein Leben und seine Verdienste um die Chirurgie.**

Gestorben in Bern am 14. Februar 1634, wurde er durch seine Bestattung auf dem «Campo santo» dieser Stadt geehrt. Geboren ist er in dem Bergischen Städtchen Hilden am 25. Juni 1560 als Sohn eines Gerichtsschreibers, der schon 1570 gestorben ist. Sein 2. Vater hiess Peter Kranz; die Mutter lebte noch 1612 in Köln, 79 Jahre alt, litt aber an der Wassersucht. Bis zu seinem 13. Jahre genoss Fabricius höheren Schulunterricht in Köln, musste denselben aber dann unterbrechen. Von seinem 16. bis zum 20. Lebensjahre war er bei Wundarzt Dümgens in Neuss in der Lehre und kam dann zum herzoglichen Wundarzt Cosmas Slot in Düsseldorf. Nach dessen Tode im Jahre 1585 wanderte Fabricius nach Genf zu dem berühmten Chirurgen Jean Griffon, wo er seine Frau, Maria Colinet, kennen lernte. Mit ihr ging er dann auf die Wanderschaft durch Frankreich und endlich zurück in die Heimath. In den Jahren 1591 bis 1596 prakticirte er abwechselnd in Köln, Düsseldorf und Hilden. 1598 liess er sich in Payerne nieder, kehrte aber schon nach 2 Jahren wieder nach Köln zurück; später ging er nochmals nach Lausanne, darauf nach Payerne, wo er 9 Jahre Stadtarzt war. Nach einem nochmaligen Aufenthalt in Lausanne wurde er endlich 1615 Stadtarzt in Bern, welche Stelle er fast 20 Jahre bis zu seinem Tode innehatte.

Herr Schaefer gibt sodann einen kurzen Ueberblick über den damaligen Zustand der Chirurgie und weist die Verdienste des Fabricius um die Wundarzneikunst im Einzelnen nach an der Hand eines eingehenden Studiums seiner Schriften, namentlich der 6 Centurien seiner «Observationes et curationes chirurgicae», so seine Verdienste um die damals viel geübte Trepanation des Schädels, um die Behandlung der Augenleiden (Staar, Thränenfistel, Carcinom, Fremdkörper, Stahlsplitterentfernung mittels eines Magneten, Lidoperationen), der Nasenpolypen, um Zungen- und Schlundoperationen (Zungenbändchen, Zapfengeschwulst, Epulis), Operationen im äusseren Gehörgang (Ohrspiegel), Kropfoperation, Fremdkörper in der Speiseröhre, Mammaamputation, Hernien (Operationen und Bandagen). Hydrocele, Leberverletzungen, Anus imperforatus, Atresia vaginae, Amputatio penis, Steinschnitt (worüber F. ein besonderes Buch in 28 Capiteln geschrieben hat). Die grössten Verdienste hat Fabricius um die Amputationen der Glieder, was ausführlich dargelegt wird, nicht minder um die Behandlung der Knochenbrüche; auch mit Orthopädie hat er sich vielfach beschäftigt. Doch nicht nur als Chirurg, auch als interner Arzt, als wissenschaftlich gebildeter Mann verdient Fabricius unsere Bewunderung, und unsere Achtung und Liebe als Mensch, als lauterer edler Charakter.

III. Sitzung.

Am 20. September, Nachmittags 3 Uhr, veranstaltete die Section einen ersten officiellen Rundgang durch die historische Ausstellung für Medicin und Naturwissenschaft unter sachverständiger Führung und Erklärungen der Sectionsmitglieder.

IV. Sitzung am 21. September, Nachmittags.

Der Vorsitzende Herr Sudhoff begrüsst Herrn Tiberius Gyory Edlen v. Nadudvar aus Pest, der im Auftrage der ungarischen Regierung die historische Ausstellung und die Sitzungen der historischen Section besuchte und verliest Begrüssungsdepeschen des Herrn Ministers Craemer, Excellenz im Haag und des Herrn Haussen, Director der Deli-Maatschappy, Amsterdam.

6. Herr Prof. **Pagel**-Berlin spricht über die **diätetisch-physikalische Therapie des Galenos.**

Die heutigen Bestrebungen, die Therapie losgelöst von der Pathologie zu einer selbständigen Wissenschaft zu erheben, sind aussichtslos. Die Untersuchung der Wirkungen der physikalischen und chemischen Heilagentien auf den Organismus fällt in den Bereich der Biologie resp. Pathologie. Auch die sog. physikalisch-diätetischen Heilmethoden waren im Alterthum gekannt und eifrig gepflegt, was man unserer Zeit gegenüber ganz besonders betonen muss. Das lässt sich auf's Klarste gerade an Galen zeigen, der als der eigentliche Vater der sog. pharmaceutischen Therapie ausposaunt zu werden pflegt. Pagel weist dies auf's Eingehendste nach an der Hand seines therapeutischen Hauptwerkes, der θεραπευτικὴ μέθοδος (Megatechni). Die eigentlich pharmaceutischen Mittel treten sogar gegen die diätetischen Vorschriften und die Behandlung mit physikalischen Agentien in den Hintergrund. Die Constitution wird bei den Heilbestrebungen weitgehend berücksichtigt; leiteten doch auch gerade die humoralpathologischen Anschauungen des Alterthums den Blick immer wieder auf's Ganze. Galen argumentirt ausdrücklich, da Wärme, Kälte, Trockenheit, Feuchtigkeit und die verschiedenen krankhaften Abstufungen dieser Qualitäten, direct von den bekannten Factoren Wasser, Luft, Klima, Ruhe, Bewegung, Ernährung etc. beeinflusst würden, seien diese derart zu reguliren, dass die Schädigung eliminirt und Krankheitsursachen in Heilpotenzen verwandelt würden. Seine Krasenlehre beispielsweise führt Galen ganz von selbst dazu, bei fieberhaften Erkrankungen die Wasserbehandlung und eine zweckmässige Ernährung in den Vordergrund zu stellen und Medicamente fast nur in äusserlicher Anwendung vorzuschreiben. Bei phthisischen Processen ist es geradezu typisch, wie er den Aufenthalt in Tabiä, Milchgenuss u. s. w. als Heilpotenzen begründet, den Diätzettel in's Einzelste regulirt und selbst am Unscheinbarstem, wie an den Eigenschaften eines guten Honigs, der verschiedenen Weine u. s. w. nicht vorübergeht. Die physikalisch-diätetische Therapie des Galen ist nicht etwa nur etwas Verschwommenes, sondern bis in's Einzelne ausgebaut. Er war ein mindestens ebenso zielbewusster und rationeller «Naturheilkünstler», wie es eine selbstbewusste Sparte heutiger Therapeuten prätendirt.

7. Herr **Robert Fuchs,** der bekannte Uebersetzer des Hippokrates, in Klotzsche bei Dresden ist am Erscheinen verhindert, der Vorsitzende lässt ein Resumé seines Vortrages verlesen, der hochinteressante Mittheilungen über **byzantinische Heilkunde** nach unedirten Pariser Handschriften bietet und an anderer Stelle vom Verfasser veröffentlicht wird.

Herr Robert Ritter **v. Töply**, Privatdocent in Wien, schildert kurz die Entwickelungsgeschichte des Anatomischen Abbildungswesens und legt einige bisher unbekannte anatomische Zeichnungen aus dem 15. Jahrhundert vor aus Handschriften der Wiener Hofbibliothek und eigenem Besitze. Zur Geschichte der zum Aufklappen eingerichteten Abbildungen, welche die verschiedenen Schichten und die Lage der Organe zu einander illustriren sollen, bringt er einen wichtigen Beitrag, indem er durch drei noch nicht beschriebene Klappbilder deren Herstellung in Nürnberg, Strassburg und Antwerpen vor 1538 nachweist. Drei weitere noch unbeschriebene Blätter, gedruckt in der Officin des Tob. Knobloch im Jahre 1606, können als Vorläufer zu Remmelins Pinax gelten. Zum Schluss demonstrirt Vortragender an einer grösseren Serie von anatomischen Blättern die hauptsächlichsten Etappen des anatomischen Illustrationswesens bis in's 17. Jahrhundert.

Im Anschluss an diesen mit rauschendem Beifall aufgenommenen Vortrag weist Geheimrath Prof. Dr. Stieda-Königsberg darauf hin, wie gross der Werth derartiger historischer Studien für die Erweiterung unseres pragmatischen Wissens sei.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 12. November 1898.

Aus der Wiener Aerztekammer. — Gegen die Vorträge von Laien. — Ansichtskarten von Dr. Pöch. — Gegen die Angriffe einzelner Tagesblätter. — Die Meisterkrankencassen und die Aerzte. — Ein Vermittlungsbureau für vacante ärztliche Stellen.

Die Wiener Aerztekammer hatte letzten Dienstag ihre erste Plenarversammlung nach der Neuconstituirung. Der neugewählte Präsident, Hofrath Professor Gussenbauer, erwies sich als ein ebenso schneidiger wie kundiger Vorsitzender, der auch der vorgesetzten Behörde gegenüber die Würde der Kammer zu wahren versteht. Die Wahl wird somit als eine sehr glückliche angesehen. Der Vorsitzende hielt dem dahingeschiedenen Mitgliede Dr. Müller einen Nachruf, die Kammer votirte 100 fl. für die Errichtung eines Denkmales für denselben.

Schon der frühere Kammerpräsident hatte bei der Polizei intervenirt, damit die öffentlichen Vorträge von Laien über das Naturheilverfahren verboten würden. Abgesehen davon, dass die jeweiligen Redner hiebei die Aerzte in unverschämtester Weise beschimpften, sie als Mörder und Betrüger hinstellten, deren Medicamente als Gifte bezeichneten etc., seien diese Vorträge geeignet, der Curpfuscherei Vorschub zu leisten. Die Polizeidirection fand sich jedoch nicht veranlasst, desshalb einzuschreiten, da sie angeblich keine gesetzliche Handhabe besitze, sie empfahl jedoch, die Kammer möge in einer Eingabe an die Statthalterei die Bitte stellen, dass diese die Polizeidirection beauftrage, auch gegen Vorträge von Laien über ärztliche Themata zur Vorschubleistung der Curpfuscherei einzuschreiten. Der neue Kammerpräsident hat, da für die nächste Zeit eine grössere Zahl solcher Vorträge in Wien angekündigt sind, sofort in dem von der Polizeidirection gewünschten Sinne petitionirt und unter anderem darauf hingewiesen, dass es angezeigt wäre, wenn ausser dem Polizeicommissär auch ein Polizeiarzt in derlei Versammlungen geschickt werde, damit der Arzt den Beamten auf Uebergriffe der Redner aufmerksam mache und diesen sofort zur Amtshandlung veranlasse. Das Resultat ist abzuwarten.

Dr. Pöch, der Arzt, welcher den pestkranken Dr. Müller behandelte, theilte der Kammer mit, dass die Ansichtskarten mit seinem Bilde, welche in Wien schwunghaft verkauft werden, ohne sein Vorwissen und ohne seine Einwilligung hergestellt wurden. Er bittet die Kammer, hievon Kenntniss zu nehmen, zumal er nichts vorkehren könne, da er noch internirt sei. Wird nicht in den «Mittheilungen» der Kammer verlautbart werden. Auch von Dr. Müller und von der Wärterin Pecha waren solche Ansichtskarten massenhaft verkauft worden.

Nach längerer und zeitweise sehr erregter Debatte wurde von der Kammer sodann die folgende, ihr vom Vorstande vorgelegte Resolution zum Beschlusse erhoben: «In den letzten Monaten häufen sich die Angriffe einzelner Tagesblätter gegen die Aerztekammer, den Aerztestand, gegen einzelne Mitglieder und ganze Gruppen derselben. In der durch die letzte Zeit gekräftigten Ueberzeugung, dass die Aerzte mit Selbstverläugnung ihrer Pflicht in vollem Maasse nachkommen, hält es die Aerztekammer unter ihrer Würde, auf diese Angriffe zu reagiren.» Einzelne Kammermitglieder hielten diese Resolution für zu schwach und nicht ausreichend und wünschten, dass einzelne lügenhafte Berichte antisemitischer Tagesblätter von der Kammer aus dementirt würden. Diese Ansicht erlangte aber nicht die Majorität, es blieb bei obiger Resolution.

Trotz der Einsprache aller Aerztekammern in Oesterreich sind bekanntlich die Meisterkrankencassen zur gesetzlichen Constituirung zugelassen worden. Man erinnert sich wohl noch, dass die Wiener Aerztekammer sodann ihre Mitglieder schriftlich und ehrenwörtlich dazu verpflichtete, bei diesen Cassen keine fixe Anstellung anzunehmen. Die grösste Zahl — leider nicht alle Aerzte — hat sich thatsächlich in dieser Weise verpflichtet. Die Tischlermeister wussten dies, als sie eine Krankencasse errichten wollten und sie gingen in schlauer Weise vor, dass sie gleich 68 Aerzte ihren Mitgliedern zur Behandlung empfahlen, aber wie ausdrücklich gesagt wird, «ohne Erlaubniss dieser Aerzte». Der hinkende Bote kam aber gleich nach. Die Tischlermeisterkrankencasse wies in demselben Circular ihre Mitglieder an, sich im Erkrankungsfalle von keinem anderen als einem der hier namentlich angeführten 68 Aerzte «bei sonstigem Verluste des Anspruches auf ein Krankengeld» behandeln zu lassen. Die Sache war also recht verzwickt, die Aerzte hatten ihre Erlaubniss nicht gegeben und dennoch waren sie Cassenärzte bei einer Meisterkrankencasse! Im Vorstande der Kammer wurde nach

eingeholtem Rechtsgutachten diese Angelegenheit reiflich berathen und man entschied sich dahin, von den 68 Aerzten vorerst die Erklärung einzuholen, dass die Namensnennung ohne ihren Willen geschehen sei, sodann die Casse auf gütlichem Wege zu veranlassen, die Nennung der betreffenden Aerzte zu unterlassen und wenn dies nicht möglich sei, so solle der Rechtsfreund der Kammer namens dieser Aerzte bei der Polizei die Klage wegen Ehrenbeleidigung (!) einreichen.

Noch ist diese Sache nicht erledigt und kaum ein Drittel der im besagten Circulare der Tischlermeister genannten Aerzte hat bisher die gewünschte Erklärung abgegeben, so brach eine zweite solche «Affaire» aus, welche die Aerztekammer letzthin intensiv beschäftigte. Auch die Kleinfuhrwerker hatten das Bedürfniss, eine solche Meisterkrankencasse zu gründen. Da sie auch Aerzte brauchten, so gingen sie so vor, dass sie sich im Sinne der Aerztekammer wohl für «freie Arztwahl» entschieden, jedoch für einen ärztlichen Besuch bei Tage den Betrag von 1 fl. fixirten und sich überdies das Recht vorbehielten, fix besoldete Controlärzte anzustellen. Ein Arzt, welchem eine solche Controlarztenstelle angetragen worden war, fragte nun bei der Kammer an, ob er diese Stelle annehmen dürfe. Da gab's nun wieder eine erregte Debatte. Der Vorstand der Kammer war dafür, man solle dieser Meisterkrankencasse entgegenkommen, ihr die Bestellung von Controlärzten gestatten, da sie ja den Bestrebungen der Aerzte nach Einführung der freien Arztwahl gerecht werde. Ein Amendement, dass diese Controlärzte bloss zu controliren hätten, aber selbst die Kleinfuhrwerker nicht behandeln dürften, bestach die Mehrzahl der Kammermitglieder, zumal ja das Schlagwort von der hier zum erstenmale inscenirten freien Arztwahl sie ohnehin schon sofort captivirt hatte. Die Annahme des Antrages des Vorstandes sammt dem erwähnten Amendement erschien gesichert, wenn die Kammer sofort abgestimmt hätte.

Dies wehrte ein Mitglied der Minorität in letzter Minute ab. Er führte aus, dass die Aerzte Wiens überhaupt kein Interesse daran hätten, dass solche Meisterkrankencassen existirten, dass sie dieselben im Gegentheile perhorrescirten, dass man alle möglichen Mittel gebrauchen solle, dass diese Cassen keine Aerzte bekämen. Die Kammer solle also an ihrem früheren Beschlusse der freien Vereinbarung der Aerzte mit derlei Cassen beharren. Alle Meisterkrankencassen seien gleich zu behandeln. Ueberdies sei es nothwendig, sich zuvor mit den anderen Aerztekammern Oesterreichs diesbezüglich in's Einvernehmen zu setzen. Die Sache sei als dringliche zu behandeln. Diese Anschauung drang schliesslich durch, man vertagte also die Beschlussfassung.

Und dies war sehr recht, wie wir hinzufügen. Die Meisterkrankencassen haben denn doch ein anderes Krankenmaterial als die Arbeiter- und Gehilfenkrankencassen. Man erinnere sich doch an die Juweliere, Goldschmiede, Instrumentenmacher etc. Solchen Herren soll man künftighin auch einen Krankenbesuch für 1 fl. machen, wenn sie ihre Cassen gründen? Welche Inconsequenz der Wiener Aerztekammer, die vor nicht langer Zeit für Wien den 3 fl.-Tarif promulgirte und die sich jetzt glücklich schätzt, dass eine reiche, jedenfalls zahlungsfähige Clientèle ihr den 1 fl.-Tarif anbietet, den sie mit einem Male für genügend erachtet? Wir erklären es mithin für gut, dass dieser Beschluss der Kammer vereitelt wurde.

Ein Wiener Arzt wollte eine Concession zum Betriebe einer Vermittlung vacanter ärztlicher Stellen erwerben und hatte um diese Concession beim Magistrate eingereicht. Dieser bat die Aerztekammer um Abgabe eines Gutachtens. Der Vorstand und sodann auch die ganze Kammer beschlossen, die Abweisung des Ansuchens zu beantragen. Aufgabe der Kammer sei es, dem thatsächlich vorhandenen Bedürfniss nach Einrichtung einer ärztlichen Stellenvermittlung Rechnung zu tragen. Die Aerztekammer nehme daher in Aussicht, in kürzester Zeit eine eigene, unentgeltliche Stellenvermittlung einzuführen. Der Antrag auf Abweisung des Gesuches sei ferner damit zu motiviren, dass es für einen Arzt standeswidrig sei, eine Stellenvermittlung gewerbsmässig zu betreiben, und dass eine solche, aus Erwerbsrücksichten betriebene private Stellenvermittlung für die Stellensuchenden mehr Nachtheile als Vortheile bringen und zu Unzukömmlichkeiten Veranlassung geben würde.

II. Französischer Congress für Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie,

abgehalten zu Marseille vom 8.—15. October 1898.

(Schluss.)

Segond berichtet über die Behandlung der extrauterinen Schwangerschaft. Die Regel ist, dass jede ektopische Schwangerschaft einen chirurgischen Eingriff erfordere, wenn es auch ausnahmsweise Fälle gibt, welche in den ersten Stadien ihrer Entwicklung zum Stillstand und zur Heilung kommen können. S. unterscheidet bezüglich der Therapie die extrauterine Schwangerschaft vor und nach dem fünften Monat. Die Behandlung der Wahl ist bei ersterer, wenn sie uncomplicirt ist, die totale Abtragung des Foetus und der betheiligten Adnexe durch Laparotomie. Die Complicationen bestehen in Blutungen, deren es eine lange Reihe von der Haematosalpinx bis zum Blutaustritt in das Peritoneum gibt, in septischen und eitrigen Processen; meist ist auch in diesen Fällen die Laparotomie das beste Mittel, jedoch bei Haematocele, abgekapselt oder seitlich unter dem Peritoneum im Becken gelegen, bei kleinen circumscripten Eiterherden und wenn bei nicht zu vorgeschrittener Gravidität (bis zum 4. Monat) die Adnexe beiderseits afficirt sind, ist die Hysterektomie oder Incisio per vaginam zu machen. Bei der ektopischen Schwangerschaft, welche über 5 Monate besteht, sind nur 2 Fragen zu discutiren: Wann und wie soll man operiren? Den Moment der Operation bestimmen stets die näheren Umstände, wobei natürlich stets das Befinden der Mutter in erster Linie in Betracht kommt; sofort jedoch, wenn die Schwangerschaft zu Ende ist. Als Art der Operationen sind je nach Lage des Falles zu wählen: Abdominelle Entleerung des Sackes ohne, dieselbe mit gleichzeitiger Entfernung der Placenta und als dritte Art totale Abtragung. Bei Haemorrhagien in Folge von Ruptur oder bei eitriger Peritonitis ist meist schleunige Laparotomie, wozu im ersteren Falle noch complete Ablösung der Placenta nöthig sein wird, angezeigt. Ist der Foetus abgestorben, so soll man mit der Entfernung desselben nicht länger wie 6 Wochen warten; ist der Tod der Frucht schon seit langer Zeit eingetreten, so kommt die Elytrotomie zu ihren Rechten, aber auch die totale Entfernung des Sackes sammt Inhalt ist zuweilen von Vortheil. Schliesslich kommen noch die Fälle in Betracht, wo die ektopische Schwangerschaft sich zu einer foetalen Cyste umgebildet hat, wobei keine besonderen Beschwerden vorhanden sind oder Eiterung eingetreten ist.

Laroyenne-Lyon redet einer mehr conservativen Therapie das Wort, nicht das plötzliche Eintreten, sondern die lange Dauer der Blutungen, besonders drohende Zeichen der Anaemie, sollten das operative Eingreifen beeinflussen. Jonnesco-Bukarest ist vollständiger Anhänger der Laparotomie, Mangin-Marseille hebt bestimmte Fälle hervor, wo der vaginale Weg der Operation einzuschlagen ist und möchte die Laparotomie, welche mehr Infectionsgefahr mit sich bringe, auf folgende 2 Arten beschränkt wissen: Geplatzte Extrauterinschwangerschaft, wo abundante Blutung oder wiederholte Anfälle von Haemorrhagie vorkommen, und auf extrauterine Schwangerschaft, welche vor der Ruptur erkannt wird. Pozzi glaubt, jeder Fall habe seine bestimmten Indicationen, die Hauptleitmotive seien im Allgemeinen die Blutung und die Natur des zu entleerenden Sackes und es sei dann, der leichteste Weg der Operation zu wählen.

Bouffe de Saint-Blaize-Paris bringt ein Referat über die Autointoxication der Schwangerschaft. Die normale Schwangerschaft ist demnach die Ursache einer Ueberproduction von Giften oder der Production von speciellen Giften durch den vermehrten Stoffumsatz und desshalb Bildung von reichlichen Abfallstoffen. Ein ganz specieller Zustand der Organe und des Blutes begünstigt diese Autointoxication: Das Blut enthält weniger rothe Blutkörperchen (Hydraemie), Herz und Lungen haben eine grössere Arbeitsleistung zu erfüllen, die Capacität der letzteren hat abgenommen, der Magendarmcanal functionirt langsamer (Obstipation, Dyspepsie). Die Defensivorgane des Körpers, Nieren und Leber, sind gezwungen, eine kolossale Arbeitslast zu tragen, eine noch so geringe Störung (Insufficienz) der Function derselben kann toxische Symptome veranlassen, Harnblase und Ureteren sind fast immer comprimirt, wodurch sogar eine Art Albuminurie erzeugt werden soll. Zweierlei Fälle sind zu unterscheiden: entweder Nieren (Nephritis) oder Leber (Cirrhose, Alkoholismus, chronischer Ikterus) waren schon vorher erkrankt oder vor Eintritt der Schwangerschaft völlig gesund. Im letzteren Falle können ganz geringe Störungen (unbedeutende Magenaffection, sitzende Lebensweise), Insufficienz der Leber und secundär der Nieren herbeiführen, wofür Erbrechen, Diarrhoe u. s. w. ein Zeichen sind; treten sie jedoch schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft auf, so ist es wahrscheinlich, dass die Frauen schon dazu prädisponirt waren, besonders durch den Zustand ihres Nervensystems. Die vorhandene Leberinsufficienz entwickelt sich immer mehr und kann bis zur Mortification führen, wie in manchen Fällen von Eklampsie. Je nachdem das eine oder andere Gift bei dieser Intoxication, welche der Leber-

insufficienz entspringt, vorwiegt, oder je nachdem der Organismus durch erbliche Belastung oder frühere Krankheit geringere Widerstandsfähigkeit bietet, ist das Krankheitsbild ein verschiedenes; im Allgemeinen kommen folgende Symptome in Betracht: Aenderung des Charakters, Schwächezustände, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Pruritus, Ptyalismus, Meteorismus, Obstipation, Oedeme, Glykosurie, Erbrechen, Delirien, Convulsionen, Eklampsie u. s. w. Die Diagnose der Hepatotoxhaemie oder reinen Leberinsufficienz kann man am Beginne aus der verminderten Menge des Urins und besonders der stickstoffhaltigen Substanzen in demselben und anormaler Zunahme des Urobilins, dem Pruritus (Prehépatisme) und der Harnsäuremenge stellen; ferner erscheinen im Harn und vermehren dessen toxische Wirkung Extractstoffe, wie Leucin, Xanthin, Hypoxanthin. Die alimentäre Glykosurie, ebenso wie die Anwesenheit von Indican, bilden in gewissen Fällen ebenfalls Zeichen von Leberinsufficienz. Im Moment, wo diese eintritt, nimmt übrigens die sonst während der Schwangerschaft verminderte Giftigkeit des Harns wieder zu und andererseits wieder ab, wenn die Niere insufficient wird; die Giftigkeit des Serums steht in directer Proportion zu der des Harns. Schliesslich stellt sich Albuminurie bei ausgeprägter Insufficienz ein. Ist nur ein Verdacht auf diese vorhanden, so ist strenge Milchdiät vorzuschreiben, bezüglich der weiteren Behandlung ist immer auf gutes Functioniren von Nieren, Haut, Lungen, Magendarmcanal zu sehen und soll man bei letzterem häufig drastische Abführmittel geben, die keinerlei schädlichen Einfluss auf die Schwangerschaft haben. Bei Fehlschlagen aller Mittel ist künstliche Frühgeburt geboten. Bei den nervösen Anfällen ist Chloral in hohen Dosen (12—16 g!) und Chloroform anzuwenden; wenn diese beiden Mittel auch das Blut der Kranken nicht reinigen können, so haben sie doch den Erfolg, die Krämpfe zu unterdrücken, welche secundär durch Vermehrung des Drucks (Gehirnhaut- oder Gehirn-, Peritonealblutung durch Ruptur der Glisson'schen Kapsel) den Tod verursachen.

Sedan-Marseille spricht über die Desinfection in der Geburtshilfe. Die vom officiellen Hygienerath vorgeschriebenen Mittel der Desinfection: Sublimat und Schwefel für die Räume, erklärt S. für ungenügend, ebenso wie auch die für die Gebrauchsgegenstände verwandten Desinfectionsöfen sehr schwer zu handhaben seien. Das Formochlorol hingegen kann S. nach seinen experimentellen Untersuchungen und praktischen Erfahrungen nicht genug empfehlen. Für die Asepsis der Hände wendet er die formolisirte Seife an, welche mit jeder Art Wasser zu gebrauchen sei und Staphylo- und Streptococcen tödtet. Für die Gebärende ist die wässerige Formochlorollösung das wirksamste Antisepticum, welches den doppelten Vortheil, nicht die Wäsche zu beschmutzen und keinen üblen Geruch zu verbreiten, hat. Für die Desinfection der Zimmer ist 1 Liter Formochlorol auf 100 cbm, wenigstens 8 Stunden lang angewandt, von absoluter Sicherheit; die käuflichen Lösungen von Formaldehyd sind jedoch absolut unbrauchbar wegen ihrer Polymerisation.

Queirel und Lop-Marseille stimmen mit S. in den Vortheilen des Formochlorols überein, Ersterer möchte jedoch zur Desinfection der Hände und Hautoberfläche das Sublimat nicht missen, unter der Bedingung dass die Lösung mit reinem Wasser gemacht werde.

Paul Sépet bespricht den puerperalen Tetanus. Derselbe ist ziemlich selten, nach Rose kommen 3 Fälle desselben auf 100 Fälle von Tetanus, er folgt entweder der normalen Entbindung (80 Fälle) oder dem Abortus (55 Fälle), besonders dem criminellen. Die Prognose ist sehr schlecht, die Sterblichkeit beträgt 88 Proc., indem der Tod durch Spasmus glottidis oder durch nervöse Erschöpfung, selten durch Complicationen, eintritt; das tödtliche Ende erfolgt im Allgemeinen am 3. Tag, über den 7. Tag hinaus ist Genesung die Regel. Die Behandlung hat natürlich in erster Linie die Zerstörung des Infectionsherdes im Auge, event. totale Hysterectomie oder Porro, in zweiter Linie muss die Intoxication der nervösen Centren durch intracerebrale Injectionen von Antitoxin bekämpft, auch dürfen die übrigen Mittel, wie Morphiuminjectionen, nicht vernachlässigt werden. In dem einen Falle von Sépet ward die 23jährige I. Para 4 Tage nach der normalen Entbindung von Trismus ergriffen und starb nach 3 Tagen, in dem zweiten handelte es sich um criminellen Abortus (im 3. Monat) bei einer Multipara, welche nach 4tägiger Dauer des Tetanus verstarb; in beiden Fällen war es nicht möglich, die Ansteckungsweise zu finden.

Queirel-Marseille stellte experimentelle Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit des Nabelstranges an 118 Fällen an und zwar fast stets unmittelbar nach der Geburt. Bei den lebend geborenen Kindern war grossentheils ein höheres und zuweilen ein viel höheres (mehr als 7 resp. 10 Kilo) Gewicht nöthig, als das der Kinder betrug, um die Nabelschnur zu zerreissen. Auch in den übrigen Fällen, wie todtgeborenen, macerirten Früchten ist es selten, dass ein Foetus durch sein eigenes Gewicht die Nabelschnur zerreissen kann.

Pinard macht darauf aufmerksam, dass die Resistenz der Nabelschnur eine viel geringere wird, wenn deren Bestandtheile sich lösen. Vom gerichtsmedicinischen Standpunkt aus ist nicht zu vergessen, dass ein leichtes Gewicht genügt, um den Nabelstrang zu zerreissen, aus diesem und aus anderen Gründen darf man nie an ihm zerren.

Boinet-Marseille untersuchte eingehend die Placenta einer im Secundärstadium befindlichen Syphilitischen, die Hauptveränderungen bestehen in Hypertrophie gewisser Zotten und der Gefässe, ferner makroskopisch in haemorrhagischen Herden, Thrombose, weissem Infarct, fettiger Degeneration.

L. Gustave Richelot-Paris bespricht Natur und Behandlung der Retroversio uteri. Es gibt Fälle, wo es genügt, die begleitenden Erscheinungen derselben, wie Metritis, Salpingitis u. s. w. zu behandeln, in anderen aber, wo die Erschlaffung des fibrösen Gewebes und speciell der Ligamenta uterina die Ursache der Verlagerung, der Uterus dabei gleichzeitig congestionirt und schmerzhaft ist, handelt es sich um ein selbständiges Leiden, welches an sich Behandlung erheischt. Dieselbe ist dreierlei Art: 1. Pessarien und Bauchbinde, 2. Massage, 3. Hysteropexie. In den einfachen Fällen kann das Pessarium genügen, ist aber bei vielen Frauen nur ein illusorisches Mittel. Besser ist die Massage, sie decongestionirt den Uterus und bewirkt spontane Reduction durch Lösung leichter Adhaerenzen und kommt besonders den Fällen von complicirter Aetiologie zu, wo die Infection eine Rolle spielt. Für operativen Eingriff ist Bedingung, dass die Gebärmutter nicht zu krank sei und die Metritis zuvor geheilt werde. Die abdominale Hysteropexie ist eine vorzügliche Operation, welche eine ziemliche Anzahl von Frauen heilt und die Conception begünstigt, man muss jedoch die Fäden ausschliesslich an der Vorderfläche der Gebärmutter unterhalb der Tubenmündungen anlegen, um Zufälle während der Schwangerschaft und Geburt und fehlerhafte Lagen zu vermeiden. R. zieht jedoch für manche Fälle die vaginale Hysteropexie vor, welche nach der von ihm modificirten Methode der Gebärmutter ihren natürlichen Platz im kleinen Becken bewahrt.

Albert Martin und Pozzi verwerfen für die meisten Fälle die vaginale Hysteropexie, Letzterer lässt sie bloss bei gesundem Uterus von Frauen zu, welche die Menopause überschritten haben, und fügt hinzu, dass diese Operation auch im Auslande, besonders in Deutschland, wo man so viel Aufhebens von ihr gemacht, jetzt allmählich verlassen werde.

Dubourg-Bordeaux vergleicht den Werth der vaginalen und abdominalen Hysterektomie bei der Behandlung der Uterusfibrome und Cervixcarcinome und empfiehlt auf Grund seiner 44 Fälle für erstere immer, für letztere grossentheils den abdominalen Weg der Operation; mit dem vaginalen gibt es Zufälle, welche man nicht recht erklären kann. Delanglade protestirt gegen die Angriffe, welche mit Unrecht gegen die vaginale Methode erhoben würden. Pozzi möchte dieselbe auf gewisse Fälle von Uterusfibromen reservirt wissen, bei den Carcinomen sei vor Allem die palliative Behandlung (Curage und Kauterisation) von Nutzen und schütze mehr das Leben wie eingreifende Operationen.

Jonnesco-Bukarest empfiehlt bei septischen Affectionen der Gebärmutter und deren Adnexe die totale abdominale Castration, seine persönliche Statistik verfügt über 23 solcher Fälle, Richelot gibt hingegen der vaginalen Operation den Vorzug, bei welcher die Mortalität eine geringere und man Herr des Eiters sei.

Pagliano und Delanglade-Marseille berichten von einer nicht puerperalen Osteomalacie, welche durch Ovariotomie behandelt wurde. Ausser Appetitlosigkeit, Anaemie und subjectiver Schwäche boten die Erscheinungen nichts Besonderes bei der 30jährigen Patientin, deren Erkrankung ca. 12 Jahre zurückdatirte; mit der Röntgenphotographie wurden besonders die Veränderungen des osteomalacischen Beckens erkannt. Die entnommenen Ovarien waren deutlich atrophisch und zeigten im Centrum mit blossem Auge sichtbare Cysten, so dass sich dieser Fall jenen von Fehling, Hofmeier, Velitz u. s. w. anreiht, welche als Ausgangspunkt der Osteomalacie eine Veränderung der Ovarien in einer Anzahl von Fällen mit Recht annehmen lassen.

Mangin erprobte mehrere Male die Ligatur der Uterinarterien bei Gebärmutterblutungen. Es ist dies eine einfache, gefahrlose Operation, welche, ohne Narkose, mit Cocain von der Scheide aus gemacht werden kann. Sie ist angezeigt bei hartnäckigen, anderen Mitteln trotzenden Blutungen, wenn zu deren Deutung die Schleimhautveränderungen zu geringgradig sind, sie bringt meist die Blutungen der Fibrome zum Verschwinden und diese selbst zur Atrophie, beim Cervixcarcinom scheint sie Recidive zu verzögern. Die einzige, strikte Gegenindication der Operation ist Affection der Adnexe.

Leriche-Nizza spricht über Frauenkrankheiten und Velocipedfahren und glaubt, dass das letztere sogar zuweilen ein therapeutisches Mittel darstelle, ausser bei Diarrhoe und chronischer Obstipation sei es besonders bei allgemeiner Ptosis der Eingeweide anzuwenden, da es eine mehr oder weniger bedeutende Höherstellung der über und unter dem Zwerchfell befindlichen Organe bewirke. Da jedoch der übermässige Velocipedsport schwere Blutungen, Metritis u. s. w. verursache, so muss er eben mit Maass und Auswahl der Fälle betrieben werden.

Meriel-Toulouse schlägt vor, zur Behandlung der Endometritis Methylsalicylat und Airol zu verbinden; in Form von Stiften, welche je 0,1 g von jeder Substanz enthielten, gaben

ihm die Mittel, welche schon jedes für sich gegen Endometritis gut wirken, sehr guten Erfolg.

Guende theilt 2 Beobachtungen von Retinitis gravidarum mit.

Delore bespricht die Anatomie der normalen Placenta am Ende der Schwangerschaft,

Platon einen Fall von Uterus duplex mit normal verlaufener Schwangerschaft.

Queirel bringt einen Beitrag zum Studium der spontan erfolgenden Fehlgeburt (Partus praematurus), die Sterblichkeit war in 462 Fällen gleich Null, die der Kinder betrug mehr als die Hälfte; die häufigste Ursache der Fehlgeburt sei Insertion der Placenta am unteren Uterinsegment.

Fochier-Lyon bespricht die Behandlung der Phlegmasia alba dolens durch die Fixationsabscesse (mit Terpentinspiritus) in 3 Fällen brachten sie ihm rasche Heilung.

Ueber die Wirkung des Antistreptococcenserums bei Puerperalinfection waren die Ansichten völlig widersprechend, Eustache-Lille hatte in 4 Fällen gar keinen Erfolg damit, Jacob-Marseille führt in 1 Fall den günstigen Ausgang direct auf das Serum zurück, Pinard wendet es in grösserem Maassstabe in allen Fällen an, wo der geringste Verdacht auf Infection vorliegt, und wird späterhin seine Resultate bekannt geben, vorläufig kann er jedoch sagen, dass seit den sonst unschädlichen Seruminjectionen die Curettage seltener geworden ist, ebenso wie die schweren Fälle von Phlegmasia alba. Delore sah an der Maternité zu Lyon damit gar keinen Erfolg.

Pinard hält die künstliche Frühgeburt bei Beckenverengerung nicht wegen dieser selbst für angebracht, sondern nur wegen anderer Bedingungen, besonders Erkrankung der Frau, welche in Folge früherer Nieren- oder Leberleiden heftiger auftritt, und dann, wenn für diese Lebensgefahr bei weiterer Schwangerschaft besteht.

Vinay spricht über Pyelonephritis, ferner über Diabetes insipidus während der Schwangerschaft.

In der Section für Pädiatrie spricht Sevestre-Paris noch über die gegenwärtige Croupptherapie. In den beiden grossen Pariser Kinderspitälern hat das Serum vorzügliche Dienste geleistet, die Tracheotomie fast ganz verdrängt und an deren Stelle die Intubation gesetzt.

Jaques-Marseille hebt im Gegensatz zu dem vorigen Redner und anderen Aerzten die leichte Ausführbarkeit der Intubation in der Privatpraxis und auf dem Lande hervor, in den 190 von ihm beobachteten Fällen erlebte er niemals Verstopfung der Tube.

Delanglade bespricht die typische Tarsectomie bei der Gelenktuberculose und Klumpfuss. An 5 Fällen von letzterem wurde die Operation ausgeführt, stets frühzeitig passive Mobilisation gemacht und nach 1—2 Monaten ohne Apparat das Gehen ermöglicht.

Gilles hebt die Wichtigkeit der Radiographie bei tuberculöser Arthritis hervor, eine wirklich exacte Diagnose sei bloss damit möglich. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Glasgow Medico-chirurgical Society.

Sitzung vom 21. October 1898.

Eine eigenthümliche, bei indischen Seeleuten beobachtete Infectionskrankheit.

R. S. Thomson berichtete über eine bei den Laskaren beobachtete Infectionskrankheit, ein Mittelding zwischen Variola und Varicellen. Im Ganzen sind 16 solche Fälle im Glasgow Small-pox Hospital beobachtet worden. Von Variola unterscheidet sich die Affection in merklicher Weise durch die Art des Ausschlags, Vertheilung desselben und durch den Verlauf des Fiebers. Ausserdem wurde mit Ausnahme von zwei oder drei Patienten, welche früher bereits echte Blattern durchgemacht hatten, an allen theils während der Fieberzeit, theils in der Reconvalescenz die Vaccination mit Erfolg ausgeführt Von Varicellen unterscheidet sich die Krankheit auch durch verschiedene präcisirte Symptome Redner macht darauf aufmerksam, dass das Vorhandensein dieser Krankheit in Indien namentlich manche bei der Ausführung der Schutzpockenimpfung dort beobachteten Misserfolge zu erklären geeignet ist.

Philippi-Itzehoe.

Verschiedenes.

Lebensdauer. Es ist bekannt, dass ein Thier 5mal so lange lebt, als es Zeit gebraucht hat, sein Knochenskelett zur vollständigen Entwickelung zu bringen. Da das Skelett des Menschen bekanntlich mit etwa 20 Jahren vollständig ist, so folgt hieraus eine natürliche Lebensdauer von 90—100 Jahren. Das Kameel hat mit 8 Jahren, das Pferd mit 5, der Ochse mit 4, der Löwe mit 4, der Hund mit 2, die Katze mit 1½, das Kaninchen mit 1 Jahr ein vollständig entwickeltes Skelett. Dementsprechend verhält sich das mittlere Lebensalter und beträgt beim Kameel 40, beim Pferde 25, beim Ochsen und Löwen 20, beim Hunde 10, bei der Katze 7½ und beim Kaninchen 5 Jahre. Die natürliche Lebensdauer des Elephanten kennt man noch nicht. Die alten Autoren schrieben, dass der Elephant 4—500 Jahre alt würde. Aristoteles und Buffon geben 200 Jahre an. Um die mittlere Lebensdauer dieser Thiere kennen zu lernen, müsste man ein Civilstandsregister über sie aufnehmen, an dessen Vervollständigung sich mehrere Menschengenerationen zu betheiligen hätten. (La riform. med. 98. No. 178.) H.

Therapeutische Notizen.

Natrium bicarbonicum als Verbandmittel bei Eiterungen. Die beiden Militärärzte Augé und Casteret haben in 60 Fällen von Eiterungen, wie Panaritium, Verletzungen, phlegmonösen Abscessen, Dermatosen, eine 2 proc. Lösung von Natr. bicarb. mit bestem Erfolg gebraucht. Der Vortheil des Mittels wäre rasches Verschwinden der Entzündungserscheinungen und des Schmerzes (in 24—48 Stunden), Unterdrückung der Eiterung in wenigen Tagen und schliesslich schnellere Ueberhäutung wie mit den antiseptischen Mitteln. Zu diesen ist nämlich das Natr. bicarb. keineswegs zu rechnen, da es die Entwickelung der Bacterien nicht zu hindern im Stande ist, es wirkt vielmehr nach der längeren Auseinandersetzung der beiden Autoren, weil es, als reines Alkali, die zelligen Elemente unversehrt lässt, also gleichsam ein physiologisches Verbandmittel ist. Die Lösung von Natr bicarb. spielt in einem kleinen Theile des Organismus dieselbe Rolle wie die Hypodermoclyse bei den Allgemeininfectionen, also nach Art eines localen Serums Während die sogenannten Antiseptica den Vortheil haben, die Infectionskeime zu tödten, vermindern sie andererseits die Lebensfähigkeit der Gewebe und lähmen unsere natürlichen Vertheidigungsmittel, die Leukocyten; das Natr. bicarb. hingegen hat nicht den geringsten Einfluss auf die Mikroorganismen, lässt aber die organische Zelle unversehrt. Das Ideal wäre nun ein Mittel, welches gleichzeitig die Mikroorganismen tödte und unseren Organismus gegen diese kräftige, und in der Serumtherapie läge dieses Mittel der Zukunft. (La Presse médicale No. 79, 1898) St.

Die Anwendung des Thyreoidin gegen zurückgebliebene und mangelhafte Entwickelung der Kinder sowohl psychischer wie physischer Natur empfehlen die beiden Kinderärzte Saint-Philippe und J. Guyot auf's Angelegentlichste (Annales de médecine et chirurgie infantiles, No. 17 u. 18, 1898). In den 5 von ihnen genau beschriebenen Fällen handelt es sich um ein 2½jähriges Kind, welches bloss 9 kg wog und noch nicht sprechen konnte, um ein 2½ Monate, ferner ein 19 Monate altes Kind, welche physisch und intellectuell trotz grösster Sorgfalt der Pflege kaum einem 1jährigen Kinde glichen, und um 2 3jährige Kinder, von welchen das Eine noch nicht gehen oder sprechen konnte, das Andere rhachitisch und in Zähnen und Gang sehr zurückgeblieben war. Durch Darreichung von Thyreoidin-Tabletten, beginnend mit ⅓ Tabletten per Tag oder -Syrup, welche Medication mit kurzen Unterbrechungen Monate lang fortgesetzt wurde, war in all' diesen Fällen eine auffallend günstige Aenderung in der körperlichen wie geistigen Entwickelung eingetreten; schon nach ein paar Wochen war bei zweien der kleinen Patienten die Besserung eine auffallende. Die Anfangsdosis ist = 0,07 g der frischen Schafschilddrüse (= ⅓ Tablette), dann 0,1 g und nach 5—6 Tagen 0,2 g (= 1 ganze Tablette), auf welcher Dosis man mit 8—14tägiger Unterbrechung bei eventuellen Aufregungszuständen verbleibt. St.

Aromatischer Leberthran. Nach Duquesnel lässt sich durch Zusatz von Eucalyptusessenz der unangenehme Geschmack und Geruch des Leberthrans vollständig verdecken. Er verschreibt wie folgt:

Rp.: Ol. jecoris. flav. 150,0
Ol. Eucalypt. aether gtt. II. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 15. November. Zum 1. Geschäftsführer der 71., vom 18.—23. September 1899 hier tagenden Naturforscherversammlung wurde Geheimrath v. Winckel, zum 2. Geschäftsführer Prof. Dyck bestimmt. Am 12. ds. hat die erste vorbereitende Ausschusssitzung stattgefunden.

— Der Landrath von Oberbayern hat die Erbauung einer neuen Kreisirrenanstalt für Oberbayern beschlossen. Der Landrath von Mittelfranken beschloss die Errichtung einer zweiten selbständigen Kreisirrenanstalt mit landwirthschaftlichem Betrieb.

— Man schreibt uns: «Die vom Vereine für Volksheilstätten in München erbaute 1. bayerische Heilstätte für unbemittelte männliche Brustkranke bei Planegg wird am 19. l. Mts. in aller Stille dem Betriebe übergeben. Die ursprünglich geplante Eröffnungsfeier unterbleibt in Rücksicht auf die vorgeschrittene Jahreszeit, namentlich aber desswegen, weil Herr Geheimrath Dr. v. Ziemssen, dessen Initiative und begeisterter Thatkraft die Heilstätte in erster Linie ihr Entstehen und Werden verdankt, noch für einige Wochen zur völligen Erholung in Meran weilt und die Vorstandschaft des Vereines seine Theilnahme an der Eröffnungsfeier unter keinen

Umständen hat vermissen wollen. Im Frühjahr hofft man die verschobene Feier nachholen zu können und bei dieser Gelegenheit den hohen Protector, S.K.H. den Prinzen Ludwig von Bayern, sowie die Gönner und Mitglieder des Vereines in der dann in vollem Betriebe befindlichen Heilstätte begrüssen zu können. Aufnahme in die Anstalt finden nur solche männliche Brustkranke, deren Leiden Aussicht auf Wiederherstellung oder erhebliche Besserung in der Erwerbsfähigkeit bietet, in erster Linie Angehörige des Kreises Oberbayern und zwar vor Allem Angehörige der Ortskrankencassen und Invaliditätsversicherungsanstalt. Ausnahmsweise können nach Möglichkeit auch Angehörige anderer bayerischer Kreise zur Aufnahme zugelassen werden. Für Minderbemittelte werden auch Einzelzimmer abgegeben. Die Aufnahmsbedingungen sowie das Organisationsstatut sind vom Schriftführer des Vereines, Dr. Ferdinand May, zu beziehen.»

— Die Generaldirection der bayer. Staatsbahnen hat für die Beamten des mittleren Dienstes, für die Bediensteten, Taglöhner und Werkstättearbeiter und deren Angehörige nunmehr 325 Bahnärzte in Function; ausserdem sind Specialärzte für Gehör- und Augenleiden, für Kehlkopfkrankheiten etc. aufgestellt. Bereits seit 21 Jahren ist das bahnärztliche Institut in Wirksamkeit. Die Kosten betragen jährlich ca. 154,000 Mark.

— Unser in der vor. Nummer ausgesprochener Wunsch, es möchten die Pestfälle in Wien den Anstoss geben, in grossen Städten die Frage der Feuerbestattung in erneute Erwägung zu ziehen, ist rasch in Erfüllung gegangen. So haben in Berlin 130 Aerzte eine Petition an den Magistrat gerichtet, in welcher auf die Gefahren hingewiesen wird, welche mit der Beerdigung der an ansteckenden Krankheiten gestorbenen Personen verknüpft sind. Selbst wenn die Bestattung solcher Leichen mit den denkbar schärfsten Vorsichtsmaassregeln, wie dies in Wien auch geschehen ist, vorgenommen wird, so biete sie doch nicht die vollkommene Sicherheit, die im Interesse des gesunden Theiles der Bevölkerung geboten erscheine und die zuverlässigste Zerstörung der Ansteckungsstoffe könne nur durch die Anwendung des Feuers erreicht werden. Da die moderne Technik die Verbrennungsöfen für Leichen auf den höchsten Grad der Leistungsfähigkeit gebracht habe, so empfehlen die Aerzte den städtischen Behörden die schleunige Einrichtung einer Einäscherungsgelegenheit in Verbindung mit dem städtischen Krankenhause Moabit, das ja dazu ausersehen ist, in einem Epidemiefall die Kranken und Verdächtigen aufzunehmen.

— In der 43. Jahreswoche, vom 23. bis 29. October 1898 hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Königshütte mit 37,2, die geringste Bamberg mit 5,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Altendorf; an Scharlach in Halle und Plauen.

— Den Theilnehmern der 70. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, welche die zum Versammlungstermine nicht in vollständiger Auflage vorliegende Festschrift «Historische Studien zu Naturwissenschaft, Industrie und Medicin» nicht erhalten haben, wird es von Interesse sein zu erfahren, dass dieselbe auf Anfrage am besten mit Uebersendung der Theilnehmerkarte bis zum 1. December noch vom Bureau der Versammlung Düsseldorf, Theaterstrasse 1 nachgesandt wird.

— Die Commission für die Münchener Max Pettenkofer-Stiftung hat dem prakt. Arzt Dr. Philipp Hauser in Madrid für sein Werk «Cholera en Europe depuis son origine jusqu'à nos jours», sowie dem prakt. Arzt Dr. Friedrich Wolter in Hamburg für sein Werk «Das Auftreten der Cholera in Hamburg in dem Zeitraume von 1831 bis 1893 mit besonderer Berücksichtigung der Epidemie des Jahres 1892» unter ehrenvoller Anerkennung je ein Diplom mit einer Prämie aus vorbezeichneter Stiftung zuerkannt.

— Von Eulenburg's Realencyclopaedie der gesammten Heilkunde (Wien, Urban und Schwarzenberg) ist der XVIII. Band der III. Auflage dem vorhergehenden rasch gefolgt. Von den zahlreichen Artikeln des neuen Bandes heben wir ihres actuelleren Interesses halber hervor die Abhandlungen über «Organsafttherapie» und über «Pest». Erstere ist von Buschan mit der diesem Schriftsteller eigenen Gründlichkeit bearbeitet. Der Umfang der Literatur, die über diese Frage in wenigen Jahren entstanden ist und die von Buschan ausführlich verzeichnet wird, ist geradezu verblüffend. Der Artikel «Pest» ist von dem durch seine Arbeiten über Tropenkrankheiten wohlbekannten Scheube verfasst.

(Hochschulnachrichten.) **Rostock.** Professor O. Nasse, Director des pharmakologischen und physiologisch-chemischen Instituts hat aus Gesundheitsrücksichten seine Lehrthätigkeit niedergelegt.

Graz. Professor Dr. A. v. Rosthorn an der deutschen Universität zu Prag wurde an Stelle des verstorbenen Professor v. Rokitansky zum ordentlichen Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt; Privatdocent Dr. Oscar Roth wurde zum a. o. Professor ernannt. — **Lausanne.** Der Professor der Therapeutik und Materia medica Dr. Bourget wurde zum ordentlichen Professor der medicinischen Klinik und internen Pathologie ernannt. — **Lemberg.** Habilitirt: Dr. J. Wiczkowsky für innere Medicin. — **Lüttich.** Ernannt: Professor Henrijean für Pharmakologie und allgemeine Therapie der Infectionskrankheiten; Professor Troisfontaines für specielle chirurgische Pathologie. Ausserordentliche Professoren: Professor G. Corin wird über forensische Medicin und Professor Snyers über Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten lesen.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen: Dr. Karl Heinrich Kohn aus Trulben, B.-A. Pirmasens in Schönwald, B.-A. Rehau. Dr. Alwin Kipp, bisher in Coburg als prakt. Arzt und Zahnarzt in Regensburg. Dr. Friedrich Lehmann, ehem. Assistent in der Kreisirrenanstalt Werneck, in Bamberg als Director der Localirrenanstalt St. Getreu und als Specialarzt für Nerven- und Gemüthskranke. Dr. Eduard Rudolf aus Solothurn, appr. 1895, in Bamberg. Dr. Johannes Braun, appr. 1898, Dr. Ernst Röbl, appr. 1898, Dr. Wilhelm Schallmayer, appr. 1884, Dr. Albert Loeb, appr. 1889, sämmtliche zu München.

Verzogen: Dr. Max Hausladen von Schwabhausen nach Kloster Schäftlarn.

Befördert: Im activen Heere: der Unterarzt Dr. Friedrich Bock des 12. Inf.-Reg. zum Assistenzarzt in diesem Regiment.

Uebertragen: Die Leitung der II. gynäkologischen Klinik im städtischen Krankenhause l. J. wurde durch Ministerialentschliessung vom 21. October vom 1. November ab dem Privatdocenten Dr. Jos. Alb. Amann in widerruflicher Weise übertragen.

Gestorben: Bezirksarzt Medicinalrath Dr. Schneider, Kulmbach, 66 Jahre alt.

Correspondenz.

Herr Dr. Gottstein-Berlin schreibt uns:

Anlässlich der Wiener Todesfälle und des Aufsatzes von Schilling über Pestpneumonie in No. 45 dieser Wochenschrift dürfte es von Interesse sein, an alte Beobachtungen zu erinnern, wenn sie auch an einer sehr leicht zugänglichen Stelle sich finden und daher vielen Lesern bekannt sein werden.

Schon Guy de Chauliac unterschied bei dem Auftreten der Pest in Avignon im Jahre 1348 streng zwei zeitlich auf einander folgende Formen der Pest; diese Krankheit trat erst mit Blutspeien auf, tödtete in drei Tagen und war noch ansteckender als die später auftretende, mit Bubonen verbundene Form. Diese scharfe Trennung veranlasst Haeser (Bd. 3, S. 132 ff.) zu einer eingehenden kritischen Prüfung unter Vergleich der Angaben von Zeitgenossen. Er kommt zu dem Ergebniss, dass hauptsächlich in nördlichen Gegenden, wie Russland, England und Norwegen, und bei Winterepidemien, der schwarze Tod als ein durch Lungenblutungen in zwei bis drei Tagen tödtliches Uebel geschildert werde.

Die Stelle, die sich nach Haeser in Guidonis de Cauliaco Chirurgia Tract. 2, Cap. 5 findet, lautet wörtlich: «Incepit autem dicta mortalitas nobis in mense Januarii et duravit per septem menses. Et habuit duos modos. Primus fuit per duos menses cum febre continua et sputo sanguinis. Et isti moriebantur infra tres dies. Secundus fuit per residuum temporis cum febre etiam continua et apostematibus et anthracibus in exterioribus, potissime in subasellis et inguinibus. Et moriebantur infra quinque diebus. Et fuit tantae contagiositatis, specialiter quae fuit cum sputo sanguinis, quod non solum morando, sed etiam inspiciendo unus recipiebat ab alio.»

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 44. Jahreswoche vom 30. October bis 5. November 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 18 (17*), Diphtherie Croup 30 (22), Erysipelas 12 (16), Intermittens, Neuralgia interm. — (—), Kindbettfieber 1 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 2 (11), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 1 (5), Parotitis epidem. 3 (4), Pneumonia crouposa 12 (9), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 16 (23), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 19 (21), Tussis convulsiva 33 (14), Typhus abdominalis 2 (2), Varicellen 27 (45), Variola, Variolois — (—). Summa 127 (192).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 44. Jahreswoche vom 30. October bis 5. November 1898.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern 1 (—*), Scharlach 1 (3), Diphtherie und Croup — (1), Rothlauf 1 (1), Kindbettfieber — (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 3 (3), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 1 (4), Croupöse Lungenentzündung 1 (2), Tuberculose a) der Lungen 25 (31), b) der übrigen Organe 7 (1), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten — (3), Unglücksfälle 2 (2), Selbstmord — (2), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 163 (207), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 19,7 (25,0), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 12,5 (15,1), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 11,1 (14,0).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.